Rumo ao Interior

médicos, saúde da família e mercado de trabalho

Rumo ao Interior

médicos, saúde da família e mercado de trabalho

Romulo Maciel Filho
Maria Alice Fernandes Branco

ISBN: 978-85-7541-164-3

Projeto gráfico
Daniel Pose

Revisão
Janaina de Souza Silva

Normalização de referências
Clarissa Bravo

Foto da capa (médico)
Vinicius Marinho/ Banco de imagens Fiocruz Multimagens/ Icict

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

M152r Maciel Filho, Romulo

Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho / Romulo Maciel Filho e Maria Alice Fernandes Branco. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

205 p., tab.

1. Médicos de Família. 2. Distribuição de Médicos. 3. Saúde da Família. 4. Serviços de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Área Carente de Assistência Médica. 7. Política de Saúde. I. Branco, Maria Alice Fernandes. II. Título.

CDD - 22.ed. - 331.11

2008
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9007 / Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

Sumário

Prefácio

A saúde é um setor intensivo em recursos humanos, que tem registrado crescimento do emprego nos últimos anos. Nem mesmo a incorporação tecnológica que caracteriza o mundo contemporâneo fará reverter essa tendência, porque a dimensão interpessoal do cuidado não permite sua automatização.

A sempre crescente demanda por serviços de saúde, para a qual também contribui o envelhecimento da população, deixa evidente, a cada dia, a grande carência de profissionais de saúde, não apenas em nosso país, mas em todo o mundo.

No Brasil, esse quadro é agravado pelas profundas desigualdades regionais na distribuição de médicos, fortemente concentrados no Sudeste e Sul, tornando-se mesmo um desafio para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

É a esse desafio que o trabalho de Romulo Maciel Filho e Alice Fernandes Branco é dedicado. *Rumo ao Interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho* nos traz uma análise dos determinantes dessa má distribuição, a partir do contexto histórico, político, econômico, social e institucional em que são construídos.

Ao analisar as intervenções já realizadas em nosso país para enfrentar o problema, o estudo evidencia os fatores e condicionantes que interferem na distribuição e fixação de médicos e identifica estratégias que podem ser aplicadas à realidade brasileira, com base, inclusive, na experiência internacional.

O momento é muito oportuno. O programa Mais Saúde: Direito de Todos – 2008/2011, recém-lançado pelo Ministério da Saúde, traz no seu Eixo 4 (Força de Trabalho em Saúde) uma série de medidas destinadas a enfrentar o problema, entendendo que são necessárias políticas de incentivo e de fixação profissional nas áreas remotas e carentes. Dentre essas medidas, estão o Telessaúde e a articulação

com o Ministério da Defesa. O acesso ao Telessaúde será proporcionado a todas às Equipes de Saúde da Família em localidades distantes e nas periferias urbanas, a fim de prover a educação permanente dos profissionais e o apoio remoto às ações de diagnóstico e tratamento. A integração com o Ministério da Defesa visa a suprir a deficiência de médicos, odontólogos e profissionais de saúde nas áreas pouco desenvolvidas do país, com o objetivo de garantir capacidade rápida e eficiente de resposta às emergências em saúde.

Certamente, o trabalho de Romulo Maciel Filho e Alice Fernandes Branco torna-se leitura obrigatória para subsidiar e monitorar a política ora adotada e para todos os que se interessam pelo tema. É uma contribuição que saudamos com prazer e que funciona como estímulo aos que se dedicam a reduzir as iniqüidades e a garantir a saúde como direito de todos.

José Gomes Temporão
Médico, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz(Ensp/Fiocruz) e ministro da Saúde.

Apresentação

O setor saúde tem progressivamente se tornado um importante gerador de empregos na economia brasileira e mundial. Somente no Brasil, é responsável por quase cem mil estabelecimentos de saúde, gerencia mais de meio milhão de leitos hospitalares e gera aproximadamente dois milhões de empregos diretos.

Por sua vez, as transformações por que vem passando a categoria médica no Brasil intensificaram-se a partir da década de 1970, como resultado das mudanças políticas e socioeconômicas do mundo contemporâneo, com impactos na formação, no mercado de trabalho, na organização dos serviços, na distribuição e no perfil desses profissionais, entre outros aspectos.

Essas transformações trouxeram importantes conseqüências. Uma delas foi a distribuição geográfica heterogênea desses profissionais. O número de escolas médicas, de vagas para o primeiro ano de residência médica e de médicos concentra-se fortemente nas regiões Sul e Sudeste, especialmente nesta última, seguindo a concentração da população e do Produto Interno Bruto (PIB). Mesmo nos locais onde há oferta desses profissionais, essa distribuição se dá de forma também heterogênea, com diferenciais intra-urbanos, em especial nas áreas mais violentas.

A distribuição geográfica de médicos é um problema com que se defrontam diversos sistemas nacionais de saúde e, no Brasil, tem-se tornado, cada vez mais, um grande desafio para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A forte concentração geográfica dos profissionais e dos serviços impede a concretização dos princípios que regem o SUS, particularmente no que se refere à universalização, à integralidade e à própria descentralização.

A compreensão da complexidade de todo esse cenário não deve conduzir à perplexidade e ao imobilismo. Ao contrário, deve estimular a revisão de experiências e políticas, a crítica e o desenho de

estratégias que permitam o enfrentamento do problema. É com essa finalidade que aqui são evidenciados os fatores e condicionantes que interferem na distribuição e fixação de médicos, de forma a contribuir para identificar possíveis estratégias de intervenção que podem ser aplicadas à realidade brasileira, no contexto das políticas públicas.

Organizado em quatro capítulos, este livro inicia-se com a discussão dos fatores determinantes que conformaram o atual cenário da distribuição de médicos no Brasil. São abordados aspectos sobre a inserção dos médicos no mercado de trabalho em saúde e os determinantes históricos da oferta desses profissionais. O capítulo 1 ainda revela os encontros e desencontros entre o mercado de trabalho e a oferta de médicos nas regiões brasileiras, colocando em evidência a extensão do problema da má distribuição geográfica dessa categoria profissional.

As tentativas de enfrentamento da má distribuição geográfica em nosso país são discutidas no capítulo seguinte, no qual são identificados os programas implantados pelo governo federal que tiveram a interiorização de profissionais dentre suas metas.

Entre essas estratégias, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), iniciativa mais recente do Ministério da Saúde nesse campo e com características inéditas, é analisado em profundidade, no capítulo 3, como resultado de estudo desenvolvido pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Observarh), na Estação de Trabalho do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz). Por ser a iniciativa governamental mais recente, criada especificamente para intervir sobre a má distribuição geográfica de médicos, e ter sido efetivamente implantada, contando com expressiva participação desses profissionais, o Pits se torna, sem dúvida, um caso decisivo para os que pretendem aprofundar o conhecimento sobre o tema.

No capítulo 4, é oferecida uma contribuição teórica com o objetivo de repensar as políticas e estratégias direcionadas para a distribuição e fixação de médicos no Brasil. Uma contribuição produzida como uma abordagem que enfatiza o processo político, que entende que as propostas devem emergir da própria realidade que se quer transformar, enquanto locus de conscientização e organização das forças institucionais e sociais comprometidas com a democratização da saúde.

1
Encontros e Desencontros
mercado e oferta de médicos nas regiões brasileiras

A Inserção do Médico no Mercado de Trabalho em Saúde: aspectos conceituais

Transcorridos pouco mais de quinze anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os principais obstáculos à garantia de universalização e eqüidade da atenção à saúde permanecem sendo os desequilíbrios sociais, regionais e institucionais que ainda caracterizam o setor e que compõem o quadro geral de desigualdades da economia brasileira desde seus primórdios.

Tais desequilíbrios têm dificultado a gestão do mais complexo insumo do setor – os recursos humanos –, agindo sobre sua dinâmica, formação, estrutura ocupacional e mercado de trabalho, que são fortemente influenciados pela lógica econômica da produção de bens e serviços de saúde. Essa influência é de tal magnitude que ainda que se postule um conceito mais humanizado para se referir aos profissionais empregados no setor não há como ignorar seu caráter de insumo no mercado capitalista. Entende-se, assim como Nogueira (1983: 62), que:

> não faz sentido rejeitar a expressão recurso humano em nome de um pseudo-humanismo que não admite a redução do trabalhador a uma coisa gerenciável, o que seria uma atitude semelhante à de negar que, no mercado capitalista, a força de trabalho possa aparecer na qualidade de uma mercadoria. As cruas relações político-institucionais, assim como as econômicas, são inteiramente objetivas e devem ser reconhecidas como tais para que possamos transformá-las e verdadeiramente humanizá-las.

Os conceitos de 'recursos humanos' e 'força de trabalho', embora aparentemente muito próximos, têm cada um sua própria esfera de aplicação. Consagrado na economia política clássica de Smith, Ricardo

e Marx, o termo força de trabalho presta-se a um uso simultaneamente descritivo e analítico de fenômenos demográficos e macroeconômicos, que envolvem produção, emprego, desemprego, renda, divisão de trabalho, assalariamento etc. A expressão recurso humano, por sua vez, é originária da ciência da administração e refere-se à ótica gerencial ou de planejamento, em âmbito micro ou macroinstitucional, remetendo à gestão, capacitação, seleção, plano de cargos e salários, dentre outros aspectos, tendo sua raiz doutrinária na teoria de sistemas (Nogueira, 1983).

Já o conceito de 'emprego em saúde' pode ser entendido como as formas de inserção institucional dos profissionais no mercado de trabalho do setor (Medici *et al*., 1992). O termo 'emprego' não se refere a indivíduos, mas a postos de trabalho, sendo originário da corrente teórica econômica do keynesianismo, defendida pelo economista inglês John Keynes, e surge a partir dos anos 30, com as preocupações do Estado em mapear aspectos específicos relacionados à demanda global por força de trabalho (Medici *et al*., 1992). Os estudos sobre emprego dedicam-se a analisar os impactos que a política pública (social ou econômica) gera sobre a criação de postos de trabalho, dada a demanda global por trabalho em uma dada economia.

São as leis do mercado que estabelecem as relações entre oferta e demanda da força de trabalho. A oferta refere-se à totalidade de indivíduos que trabalham em um determinado setor ou que buscam trabalho, ao passo que a demanda é representada pelo total de postos de trabalho ocupados ou vacantes, proporcionados pelas instituições daquele setor (Nogueira, 1985a).

A força de trabalho em saúde, além de estar submetida a essas leis gerais, subordina-se às especificidades do mercado de trabalho em saúde, o qual configurou-se de forma definitiva, no mundo contemporâneo, no século XX, quando o Estado e o capital passaram a determinar o preço e as relações de compra e venda da força de trabalho do setor. Trata-se de um mercado que, sujeito à mesma dinâmica que caracteriza o mercado de trabalho capitalista em geral, incorporou, ainda, configurações específicas inerentes ao setor de serviços de saúde.

As influências do mercado capitalista fizeram-se sentir pela passagem do trabalho autônomo para o trabalho assalariado, pela divisão do trabalho de tipo manufatureiro para outra de tipo industrial e pelo aumento de escala da força de trabalho utilizada em cada estabelecimento ou unidade produtiva. As configurações específicas do setor saúde, por sua vez, são

representadas pela permanência de um setor predominantemente manufatureiro (o da prestação de serviços de saúde) e outro de natureza industrial (de produção de medicamentos e equipamentos médicos), a partir de um tronco histórico comum, em que o profissional além de prestar serviços fabricava os instrumentos e medicamentos que utilizava (Medici *et al*., 1991, 1992).

No caso do mercado de trabalho para o médico, os dois principais fatores institucionais que o determinam são o sistema de ensino – que forma e cria a oferta de profissionais – e o modelo de atenção à saúde – que atua decisivamente sobre a demanda e a composição dessa força de trabalho. Tanto a estrutura quanto o volume da oferta são regulados pelas potencialidades do sistema formador, sendo pressionados por demandas sociais, demográficas, político-ideológicas e pelas necessidades da estrutura produtiva. O volume e a estrutura da demanda, por sua vez, refletem as formas concretas de organização da assistência à saúde, como resultado do direcionamento que as políticas sociais assumem em cada conjuntura histórica, sendo também afetados pelas mudanças tecnológicas e do processo de trabalho em saúde.

A regulação entre oferta e demanda pode se dar por meio da relação direta de compra e venda da força de trabalho no mercado ou pela mediação estatal. A intervenção do Estado se efetiva pela política de saúde adotada, que poderá estimular a produção e o consumo dos serviços de saúde segundo a lógica de mercado ou mediante a lógica do bem-estar social.

Antecedentes e Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde nas Últimas Décadas

No Brasil, a intervenção do Estado sobre o mercado de trabalho em saúde começa a se dar de forma mais significativa no início do século XX, tanto pelo surgimento de uma nova modalidade de produção privada dos serviços de saúde quanto pela própria ação estatal. O processo de trabalho médico no país sofria, naquele momento, importantes alterações nos dois elementos definidores da profissão: o conhecimento e o mercado.

Do ponto de vista do conhecimento, a associação entre condutas clínicas e morais foi paulatinamente sendo superada em função do desenvolvimento científico e tecnológico, com a introdução da tecnologia diagnóstica e a incorporação dos avanços da bacteriologia e da medicina

experimental. Cada vez mais, o exercício da atividade médica foi se tornando dependente do aparato tecnológico, exigindo investimento de capital em máquinas e equipamentos, estabelecendo uma maneira de fazer medicina denominada por Donnangelo (1975) "tecnológica".

No que se refere ao mercado, o modelo hegemônico da prática médica com base na relação individualizada entre o médico e o paciente, sem intermediários que estipulassem tempo, forma ou valor da consulta, foi sendo substituído por relações mais complexas de mercado de trabalho e de exercício da atividade profissional, subordinadas ao contexto político e socioeconômico.[1]

Essas mudanças se fizeram sentir concomitantemente à própria evolução do setor de serviços de saúde no Brasil – que pode ser enfocada do ponto de vista histórico-estrutural em dois recortes básicos: o da saúde pública e o da assistência médico-hospitalar –, sendo fundamental para a compreensão dos fatores determinantes que conformaram o mercado de trabalho em saúde.

A intervenção do Estado brasileiro na saúde, até os anos 20, limitou-se ao enfrentamento das demandas sanitárias de caráter coletivo, tais como o saneamento básico e o controle de epidemias e endemias, subordinada aos interesses agrário-exportadores nacionais. O atendimento médico era prestado por ordens religiosas, sociedades beneficentes ou pelos poucos médicos liberais.

Só posteriormente, com o início do processo de industrialização e de formação do sistema previdenciário, a interferência estatal no atendimento às demandas individuais por assistência médica e hospitalar se fez sentir, dando origem a um cenário que lançaria o Estado no centro do mercado de assistência médica e o transformaria em seu monopolizador.

Dos anos 60 a meados da década de 1980, a ação estatal fomentou e financiou o desenvolvimento de um complexo médico-industrial de produção de serviços e insumos, por meio de convênios e contratos com a rede privada, organizando a prática médica em moldes essencialmente capitalistas (Cordeiro, 1984).

---

1 Em um estudo que se tornou referência sobre a sociologia das profissões de saúde, Machado (1995: 24) destaca que a profissão médica, em sua evolução, foi a que mais adquiriu a "capacidade de articular competentemente sua base cognitiva com os avanços tecnológicos mantendo sólida credibilidade de mercado".

A unificação das instituições previdenciárias, em 1967 – consolidada com a criação, em 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) –, ampliou a cobertura de assistência médica para todos os trabalhadores do mercado formal e foi o principal marco da ação do Estado na área da saúde, nos anos 60, com repercussões determinantes tanto no mercado de trabalho médico quanto na formação desse profissional, ao longo das décadas seguintes.

Como a rede de serviços de saúde era insuficiente para atender ao expressivo aumento de demanda daí decorrente, o Estado adotou uma política de contratação de serviços privados, especialmente na atenção hospitalar. Estes, por sua vez, tiveram que contratar maior número de profissionais de saúde, tornando-se o principal mercado de trabalho para diversas categorias. Entre 1966 e 1974, o número de empregos, somente nas atividades hospitalares, passou de 150.123 para 303.098 (Medici, 1986: 409).

A natureza privatizante da ação do Estado pode ser atestada pela grande expansão da rede hospitalar privada com fins lucrativos. Em 1978, a iniciativa privada respondia por 81,2% da rede de serviços de saúde; já no ano seguinte, três de cada quatro leitos hospitalares existentes no Brasil pertenciam ao setor privado, que ampliou sua capacidade de internação de 22.976 leitos, em 1960, para 211.802, em 1984 (Medici, 1986; Medici *et al*., 1992; Nogueira, 1986a). Essa expansão privada não se reproduziu na rede ambulatorial, mantida historicamente pelo setor público, responsável, em 1980, por 8.822 estabelecimentos deste tipo contra apenas 1.560 da rede privada (Nogueira, 1986a).

Esse quadro foi determinante na configuração e mesmo na consolidação do mercado de trabalho em saúde, com um crescimento bruto do número de empregos de cerca de 53%, entre 1961 e 1971 (Medici *et al*., 1992).

Tal crescimento reproduziu a própria dinâmica do emprego em geral no país e no setor público. No período conhecido como ‘milagre econômico’ (1968-1973), a economia brasileira apresentou níveis positivos de crescimento, com repercussões nos anos seguintes. O emprego formal cresceu, entre 1976 e 1980, a uma taxa geométrica anual de 14,1%, sendo acompanhado por um crescimento do emprego em saúde da ordem de 13,2% ao ano (Medici, 1986).

Em 1982, o setor privado concentrava 51% do total de empregos em saúde, percentual este que nos estabelecimentos com internação

alcançava 62,5% (Medici, 1986). No entanto, embora o setor público tenha investido menos na criação de leitos, gerou maior número de empregos de profissionais de saúde por leito instalado (Nogueira, 1986a). Em 1979, apresentava uma relação de um emprego por leito, enquanto no setor privado (lucrativo ou filantrópico) essa relação era de 0,7. No mesmo ano, a rede ambulatorial pública absorveu 110.903 empregos de profissionais de saúde contra apenas 33.588 no setor privado (Nogueira, 1986a).

Grande parte dos postos de trabalho então gerados no setor saúde destinava-se à categoria médica e aos atendentes de enfermagem. Em 1977, as duas categorias representavam 67,5% dos postos de trabalho do setor (Medici, 1986). Isso configurou uma polarização do mercado de trabalho da saúde nesses dois tipos de profissionais.

Entre 1976 e 1982, o crescimento de postos de trabalho médicos foi de 8,42% ao ano, sendo que no final do período (1982) já representava 31% do total de postos de trabalho em saúde (Girardi, 1986).

O profissional médico transformou-se em um trabalhador assalariado típico, como decorrência de todo esse contexto político, econômico e de mercado, no qual

> o crescimento do setor privado lucrativo teve um papel decisivo, não só pelas dimensões de demanda que foi capaz de criar, como também por fixar certos padrões de compra e venda da força de trabalho mais qualificada: por exemplo, generalizou o uso do salário mínimo de médicos e de seu emprego em tempo parcial. (Nogueira, 1986a: 26)

No período de 1970 a 1980, o percentual de médicos que ganhavam menos de 10 salários-mínimos passou de 31,6% para 49,3%, evidenciando-se uma perda aquisitiva real, em um contexto de relativo excesso de oferta desses profissionais, sob a ação das políticas implementadas (Nogueira, 1985b).

Ao longo dos anos 80, expandiu-se o assalariamento e houve queda dos salários reais de médicos e outros profissionais de saúde, o que estimulou o múltiplo emprego, que já se fazia presente desde a década anterior (Medici, 1993). Com a crise econômica iniciada em 1979, os níveis de emprego no país começaram a declinar. Entre 1980 e 1983, o crescimento do emprego formal caiu para 1,3% ao ano. Ainda assim,

o emprego no setor público, cresceu a uma taxa anual de 9,7%, no mesmo período. As razões são explicadas por Medici (1986: 415):

> o Estado brasileiro tem utilizado, eventualmente, sua máquina empregatícia no sentido anticíclico, nos períodos de crise econômica, tal como ocorreu, entre 1980 e 1983. Eleições, clientelismo político, empreguismo, reestruturação parcial de órgãos e funções dos governos, em diversas instâncias da administração pública têm sido algumas das várias formas que o Estado encontrou para manter aceso, mesmo que, casualmente, o ritmo de absorção de empregos, num período de vacas magras para a maior parcela do setor privado.

No caso do setor saúde, esse aumento foi de 15,5% ao ano, no período citado (1980-1983). Vale ressaltar que, embora tenha sido o setor público o responsável por alavancar esse crescimento, apresentando taxa de 17,6% ao ano, o setor privado também registrou incremento anual de 10,6%, o que confirma o papel de custeador das atividades privadas de saúde que o Estado desempenhou nessa fase de nossa história (Medici, 1986).

Assim, tanto no setor público quanto no privado, foi mantido o forte crescimento do emprego em saúde, com um incremento, no período de 1980 a 1987, de 5,3% ao ano, enquanto nas demais atividades econômicas esse percentual foi de apenas 1,3% (Medici, 1993). No mesmo período, embora o setor privado tenha se mantido como principal empregador, o emprego público ampliou-se mais do que o privado, passando de 44,8% para 48,3% do total de postos de trabalho do setor (Medici, 1993). Os médicos continuaram figurando como principal categoria profissional no total de empregos de nível superior, ocupando, em 1987, cerca de 69% desses postos de trabalho (Medici, 1993).

Durante toda a década, o setor público foi ampliando sua participação como empregador desses profissionais. Em 1980, a área privada concentrava 53,5% dos empregos médicos. Quatro anos depois, em 1984, a esfera pública já cobria metade desses empregos (Girardi, 1986), e em 1987 era responsável por 64,7% dos postos de trabalho médicos contra 73,7% do setor privado (Medici, 1993).

O final da década, no entanto, anunciava mudanças importantes na configuração do mercado de trabalho em saúde, decorrentes de alterações no contexto geral da política e da economia do país e do

próprio setor saúde. Até então, o aumento da capacidade de absorção de empregos no setor havia sido sustentado, essencialmente, pela mesma fonte financeira, ou seja, o sistema previdenciário. O crescimento das despesas com assistência médica amparara-se no aumento da receita previdenciária, que só foi possível graças à expansão do emprego formal nos setores secundário e terciário da economia, fruto do crescente processo de industrialização e da urbanização acelerada. Contudo, paulatinamente, foi se configurando um processo de desaceleração da economia brasileira, que redundou em um cenário de crise, com repercussões, nos anos 90, sobre a dinâmica do mercado de trabalho em geral.

Simultaneamente, o mercado de trabalho em saúde incorporava mudanças provenientes do processo de descentralização do setor, iniciado já em meados dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e consubstanciado a partir de 1988, com a implantação do SUS.

Por um lado, manteve-se o crescimento do emprego em saúde no setor privado, especialmente na assistência hospitalar. Em 1999, considerando a rede total de estabelecimentos de saúde do país, a iniciativa privada era responsável por 41% deles; tomando-se o total de leitos hospitalares, esse percentual sobe para 70,5%. O crescimento do emprego no setor privado foi favorecido pela demanda de serviços especializados, diagnósticos e de alto custo por parte do SUS a esse setor e pelo crescimento do segmento da medicina complementar vinculada aos planos e seguros de saúde (Silva & Costa, 2002).

Por outro lado, embora ao longo da década tenha havido também um incremento do número de empregos médicos (considerando o período entre 1992 e 1999), tanto no setor privado (48,5%) quanto no público (31%), algumas importantes mudanças se fizeram sentir. Configurações específicas no mercado de trabalho em saúde foram se verificando, provenientes, em grande parte, da transferência de atribuição da prestação de serviços de saúde das esferas federal e estadual para a municipal. Já em 1992, o percentual de estabelecimentos de saúde sob gestão federal caíra de 28%, em 1981, para 5%; e sob gestão estadual de 50% para 26%. Ao final da década, em 1999, a participação federal e estadual na prestação direta de assistência à saúde tornara-se residual, com os municípios gerindo 92% dos estabelecimentos de saúde de propriedade estatal, ficando o governo federal com 2% e os estados com 6% (Silva & Costa, 2002).

Enquanto o número de empregos municipais em saúde cresceu aproximadamente 85%, entre 1992 e 1999, houve, no mesmo período, significativa redução no âmbito federal (57%) e estadual (10%). Do total de empregos em saúde em 1999 (1.891.550), 53% eram públicos e 47% privados, com os médicos respondendo por 23% do total (Silva & Costa, 2002).

Uma importante conseqüência da municipalização dos serviços de saúde foi o incremento da atenção ambulatorial, com aumento do número de empregos para profissionais de saúde nesse nível de atenção. Esse aumento dos postos de trabalho na atenção ambulatorial foi particularmente expressivo no caso da categoria médica. Entre 1992 e 1999, houve, no país, um incremento da ordem de 38% no número de postos de trabalho médicos na assistência ambulatorial do SUS (Silva & Costa, 2002).

Paralelamente, no plano macroeconômico, também se registravam importantes alterações no mercado de trabalho brasileiro:

> As principais tendências observadas no mercado de trabalho brasileiro na década de 1990 são o crescimento das ocupações no setor terciário da economia, a precariedade das relações e das condições de trabalho, crescimento do mercado informal, aumento do desemprego, estagnação dos rendimentos médios reais e a progressiva desregulamentação – flexibilização das condições de uso e de remuneração da força de trabalho e mudança nos marcos de proteção e assistência aos trabalhadores (...). (Silva & Costa, 2002: 276)

Com base em estudo desenvolvido, no ano de 2000, pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (Nepp), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Silva e Costa (2002) discutem o impacto da desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho no Brasil, nos anos 90, sobre a qualidade do emprego no setor saúde:

> As mudanças estruturais e de orientação macroeconômica afetaram seguramente os contratos de trabalho, ampliando a informalidade dos vínculos trabalhistas e gerando poucos incentivos às atividades de qualificação de recursos humanos pelos governos e empresas de saúde prestadoras de serviços. (...)

> A grande expansão do emprego no setor saúde municipal aparece também fortemente associada ao processo de flexibilização e diferenciação dos contratos de trabalho na administração pública e no setor privado.
>
> Consideram-se fortes indicadores de flexibilização nos tipos de contratos de trabalho a adoção preferencial pelos gestores municipais do regime de terceirização para cooperativas e empresas, os contratos de autônomo e outros tipos indefinidos para expansão da força de trabalho, principalmente na atenção ambulatorial e nos novos programas de expansão de cobertura, como o Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários. (Silva & Costa, 2002: 282-283)

Além da desregulamentação, o mercado de trabalho em saúde experimentou, nos anos 90, queda dos salários de contratação para a maioria dos segmentos profissionais e crescimento da oferta de postos de trabalho nas faixas mais baixas de remuneração. No caso dos médicos, aumenta a participação das faixas salariais de contratação até três salários mínimos, de três a cinco e de cinco a dez. A faixa com maior concentração de admitidos deslocou-se de dez a vinte salários mínimos, em 1990 (36,67%), para cinco a dez salários, em 1994 (37,14%) (Girardi, 1995).

O médico foi gradativamente deixando de viver apenas do consultório privado e passou a depender, cada vez mais, do trabalho assalariado ou dos convênios com os planos privados da medicina complementar.[2] Sua remuneração atingiu patamares muito baixos, levando ao acúmulo de dois, três ou mais empregos e demandando grande número de horas semanais de trabalho.

Os baixos salários aliados à desregulamentação têm gerado uma tendência que à primeira vista poderia ser confundida com um retorno à medicina liberal, revelada pela proliferação de consultórios médicos conveniados com os seguros-saúde, mas que na realidade significa a tentativa de recompor a renda perdida, e que se dá quase sempre associada à inserção em um ou vários empregos, em geral públicos.

O importante estudo de âmbito nacional desenvolvido em 1995, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde,

---

[2] Campos (1988) analisa, em profundidade, a mudança do referencial de mercado e de inserção política da categoria profissional médica, nos anos 70 e 80, no livro *Os Médicos e a Política de Saúde: entre a estatização e o empresariamento - a defesa da prática liberal da Medicina*.

da Escola Nacional de Saúde Pública (Nerhus/Ensp), em colaboração com o Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Associação Médica Brasileira (AMB) e Ministério da Saúde, intitulado *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*, aponta outras características marcantes da inserção da categoria médica no mercado de trabalho em saúde que se foram configurando ao longo das últimas décadas e que se expressaram claramente nos anos 90. São elas (Machado, 1997; Vieira *et al.*, 1998):

- Existência de um mercado com cerca de 350 mil postos de trabalho, incluindo o setor público e o privado, para um total de 197.557 médicos ativos, que, em sua maioria, também atuam em consultórios privados (75%);
- Exercício profissional baseado em múltiplos vínculos (cerca de 75% dos médicos possuem até três atividades profissionais e 24,4% têm mais de três);
- Homogeneidade quanto ao comprador ou demandante dos serviços, ou seja, são de igual importância para o mercado de trabalho médico as esferas pública e privada e os consultórios particulares, observando-se que 69,7% dos médicos trabalham em estabelecimentos públicos, 59,3% na rede privada e 74,7% em consultórios;
- Atividade em consultório particular é exercida mediante convênios ou cooperativas para 79,1% dos médicos, sendo que 16,6% exercem essa atividade em estabelecimentos de saúde (6,8% em regime de comodato em hospitais; 6% com cessão de percentual de produção; 3,8% com sublocação de horário);
- Atuação profissional predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado, em todas as regiões do país;
- Crescente aumento da participação feminina na força de trabalho médico, alcançando um percentual de 32,7%;
- Constituição etária predominantemente jovem, com 65% de profissionais com menos de 45 anos de idade e exercendo suas atividades há menos de 15 anos;
- Urbanização acentuada do trabalho médico, ou seja, 65,9% dos médicos atuam nas capitais, particularmente naquelas mais desenvolvidas social e economicamente;

- Predominância de dez especialidades, entre aquelas reconhecidas oficialmente, no mercado de serviços médicos, representando 62,1% do total de médicos existentes no país, sendo elas: pediatria, gineco-obstetrícia, medicina interna, cirurgia geral, anestesiologia, cardiologia, traumato-ortopedia, oftalmologia, psiquiatria e medicina geral comunitária;

- Trabalho exercido em regime de plantão por quase metade dos profissionais médicos (48,9%), com maior freqüência de plantões de 12/24 horas;

- Faixas de rendimento variáveis em função da especialidade exercida, sendo as mais bem remuneradas as de radioterapia, medicina nuclear e neurofisiologia clínica (5 mil dólares), seguidas pelas de hansenologia, endoscopia digestiva, mastologia, cirurgia cardiovascular e radiologia (4 a 4,9 mil dólares); figurando como as de mais baixo rendimento as especialidades de medicina sanitária, sexologia, tisiologia e genética clínica (menos de 1.999 dólares), enquanto as restantes percebem uma renda mensal na faixa de 3.000 a 3.999 dólares.

Cerca de uma década depois do estudo de Machado (1997), já pode ser observada a consolidação de algumas dessas tendências. É o que mostra a mais abrangente e recente investigação sobre a situação do trabalho médico no Brasil. Trata-se do estudo *O Médico e o seu Trabalho*, do CFM, também de âmbito nacional, realizado com a intenção de atualizar a pesquisa de Machado e que replicou o mesmo questionário outrora utilizado, porém acrescido de algumas alterações e inovações. O estudo do CFM foi executado pelo próprio órgão, com apoio da Associação Médica Brasileira, entidades sindicais e sociedades de especialistas. Os dados foram coletados no período de outubro de 2002 a março de 2003 (CFM, 2004). Comparando-se os dois estudos, observa-se que:

- O total de médicos ativos no país passou de 197.557 para 234.554, apresentando um incremento de 18,7%;

- Ampliou-se o exercício profissional com base em múltiplos vínculos, com 28,2% dos médicos exercendo mais de três atividades profissionais, contra 24,4% na pesquisa anterior. Conseqüentemente, aqueles que possuem até três atividades passaram de 75% para 71,8%;

• houve redução do número de médicos que atuam em consultório (de 74,7% para 67%) e no setor privado (de 59,3% para 53,8%), mantendo-se inalterada a porcentagem dos que trabalham no setor público (69,7%), o qual passou a ocupar, então, o primeiro lugar como empregador;

• A atividade em consultório particular exercida mediante convênios ou cooperativas apresentou pequena redução, passando de 79,1% para 75%;

• A atuação profissional manteve-se predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado;

• Embora tenha havido ligeira queda no percentual de participação feminina na força de trabalho médico (de 32,7% para 30,2), manteve-se a tendência de aumento do ingresso das mulheres na profissão, o que pode ser observado pelo fato de que elas já representam 40,2% dos médicos com menos de 28 anos de idade;

• A constituição etária predominantemente jovem dos médicos manteve-se praticamente inalterada (63,4% de profissionais com menos de 45 anos de idade contra 65% no estudo anterior);

• Houve pequena redução no percentual de médicos que atuam nas capitais, que passou de 65,9% para 62,1%;

• Surgem dentre as especialidades mais exercidas a urologia e a dermatologia, fato atribuído, no estudo do CFM, a uma possível tendência de crescimento da preferência dos médicos por áreas de maior retorno financeiro, pela execução de procedimentos, em especial na relação com os convênios privados;

• Se na pesquisa anterior o trabalho exercido em regime de plantão atingia quase metade dos profissionais médicos (48,9%), os números atuais mostram que esse percentual já ultrapassou os 50%, chegando a 51,8%, ampliando-se a freqüência dos plantões de 12/24 horas (de 49% para 54,5%);

• As faixas de rendimento não foram pesquisadas pela especialidade exercida, como no estudo de Machado (1997), mas apenas em termos genéricos; dessa forma, a investigação do CFM aponta que cerca de um terço dos médicos atribui queda

à sua renda nos anos recentes, com mais da metade dos profissionais (51,5%) apresentando renda mensal de até 2 mil dólares, percentual que na pesquisa anterior era de 44,5%.

Essas características e tendências revelam as evidentes mudanças pelas quais passou a categoria médica e o mercado de trabalho para esse profissional nas últimas décadas. No entanto, novas alterações devem ser esperadas como resultado da expansão do processo de descentralização do setor saúde, da reorientação do modelo de atenção e do incessante e acelerado desenvolvimento científico e tecnológico, que deverá trazer novos paradigmas para a prática médica.

O Programa de Saúde da Família: uma nova opção

O processo de municipalização do setor saúde mantém-se em contínua expansão, ampliando cada vez mais a participação dessa esfera de governo no mercado de trabalho em saúde. No ano 2000, 55% do total de empregos públicos de profissionais de saúde eram oferecidos pela esfera municipal. No caso dos médicos, no mesmo ano, os municípios foram responsáveis por quase 53% dos postos de trabalho públicos no setor saúde para essa categoria, seguidos da instância estadual (46,3%), ficando a federal com apenas 0,6% (Girardi & Carvalho, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF), cuja implantação tem sido amplamente intensificada do final dos anos 90 para cá, vem tendo uma participação importante nessa oferta de postos de trabalhos municipais. Criado em 1994, o Programa foi apresentado como uma proposta de atenção à saúde voltada para áreas de risco, definidas pelo Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Em sua concepção, foram previstas como principais características: a promoção e proteção da saúde; áreas de abrangência definidas, com adscrição de clientela; equipes com composição mínima; residência das equipes na localidade de atuação; participação comunitária por meio de ações de educação em saúde; atenção integral e permanente; integração ao sistema de saúde local; impacto na formação de recursos humanos; remuneração diferenciada e estímulo ao controle social (Brasil, 1994).

Sua implantação já cobre a grande maioria dos municípios brasileiros e encontra-se em contínua expansão. Dados de dezembro

de 2006, disponíveis na página eletrônica do Ministério da Saúde,[3] contabilizam 5.564 municípios que adotam essa estratégia de atenção à saúde, totalizando 26.729 equipes (compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde),[4] cobrindo aproximadamente 86 milhões de habitantes. Cada equipe é responsável por mil famílias, o que equivale a aproximadamente 3.500 pessoas, que são acompanhadas mediante cadastramento, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, consultas e atendimento em unidade assistencial básica, com referência para atendimentos especializados e de maior complexidade.

O PSF vem se configurando como mais do que um programa de saúde, expressando-se como importante estratégia de reorientação do modelo assistencial, compreendida por muitos como uma espécie de 'reforma da Reforma', em uma referência à Reforma Sanitária consubstanciada no SUS (Viana & Dal Poz, 1998; Souza, 2002; Souza & Sampaio, 2002). Além desse aspecto, o PSF apresenta-se como uma modalidade de intervenção com grande potencial de ampliar o acesso à atenção básica nas diversas regiões do país, causar impacto na configuração do mercado de trabalho e na própria formação de profissionais para o setor.

Dadas essas características e sua expansão, o PSF encontra-se, hoje, inserido na agenda política e social do setor, tendo trazido uma nova dinâmica para a reestruturação dos serviços, com vistas à reorientação do modelo de atenção à saúde, representando mais uma opção de mercado de trabalho para os médicos e outros profissionais da área. O Programa já é responsável, direta ou indiretamente, por cerca de 200 mil postos de trabalho, o que representa mais de 20% do emprego público em saúde (Girardi & Carvalho, 2003).

Um inquérito nacional realizado em 2001, pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG), mostra que o PSF responde por 3,4% da demanda institucional de postos de trabalho médico e por 9,5% do estoque de emprego formal desse profissional, absorvendo 5,5% da oferta de médicos (Girardi & Carvalho, 2003).

---

[3] <www.saude.gov.br>.

[4] Desde 2001, as equipes passaram a ser integradas também por odontólogos, processo ainda em implantação.

No entanto, as formas de contratação temporária e por prestação de serviços, no PSF, predominam amplamente sobre todas as outras formas de contrato. Quando se analisa a contratação de médicos pelo PSF observa-se que, em conjunto, essas duas modalidades de vínculo são responsáveis por 70% dos contratos desses profissionais (Girardi & Carvalho, 2003). Indagados, no estudo do Nescon, sobre os motivos que levam à utilização de formas precárias de contratação de profissionais, mais da metade dos municípios apontaram a 'flexibilização' (57,8%) e as restrições impostas pela 'Lei de Responsabilidade Fiscal' (53,8%); vindo a seguir o 'menor custo' (36,8%) e a 'instabilidade no financiamento' do Programa (34,5%) (Girardi & Carvalho, 2003).

Quanto às vantagens e problemas atribuídos pelos gestores municipais na utilização de formas de contratação precárias, 43,1% dos municípios identificaram como principal vantagem a 'flexibilidade', nas suas diversas formas (para admissão e demissão, gerencial etc.); e como principal problema a 'instabilidade e desproteção do trabalho' (47,7%) (Girardi & Carvalho, 2003).

Os autores do estudo chamam a atenção para as conseqüências desse quadro sobre a definição, pelo PSF, de estratégias e instrumentos de gestão e desenvolvimento de recursos humanos e sobre a própria qualidade do emprego gerado pelo Programa. Qualidade que fica comprometida pela fragilidade das formas de vinculação praticadas, que desconsideram direitos trabalhistas consagrados no setor público e no mercado de trabalho formal privado.

Apesar disso, ou talvez por causa disso, o Programa oferece bons níveis de remuneração profissional (dois mil dólares, em média, para o médico, segundo a pesquisa do Nescon). Os salários pagos aos médicos pelo PSF são, em média, 76% superiores aos de mercado para esse profissional (Girardi & Carvalho, 2003). Esse aspecto é uma das principais preocupações e dificuldades que os gestores têm enfrentado na implantação e manutenção do PSF e se insere no contexto mais amplo da tendência à desregulamentação do mercado de trabalho brasileiro, já referida.

O estudo do Nepp, citado anteriormente, revela a amplitude dessa desregulamentação. Em 2000, somente 22% dos municípios brasileiros adotavam a modalidade estatutária como principal tipo de contrato de trabalho para médicos na atenção básica. O contrato dessa categoria profissional via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) era praticado, na Região Sudeste, por 35% dos municípios, enquanto a terceirização

para empresas e cooperativas médicas era adotada por 18% dos municípios da Região Sul. No Centro-Oeste, a informalidade predomina, com 38% dos municípios contratando médicos como autônomos. Já as regiões Norte e Nordeste apontaram "outros tipos de contratos flexibilizados" como a principal forma de contratação de médicos, com 40% e 39% de municípios nessa condição, respectivamente (Unicamp *apud* Silva & Costa, 2002).

Outro importante estudo que ajuda a compreender o PSF como campo de atuação profissional foi realizado, no ano de 2000, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Nerhus/Fiocruz), em conjunto com o Ministério da Saúde. A pesquisa, de âmbito nacional, teve por objetivo traçar o perfil dos médicos e enfermeiros que atuam no Programa. Os resultados confirmam os achados do estudo do Nescon, no que se refere ao percentual de 70% de médicos com contratos temporários, mas revelam também outros aspectos essenciais para a compreensão do PSF como mercado de trabalho (Machado, 2000). São eles:

- Quase 60% dos médicos que trabalham no PSF têm menos de 40 anos de idade;
- A maioria pertence ao sexo masculino (56%);
- Em geral, são oriundos de escolas médicas públicas (74%) e estão formados há menos de 15 anos (63%);
- Cerca de 70% não são especialistas, ou seja, não possuem nenhuma formação específica após a graduação, incluindo residência ou especialização;
- Dentre os que possuem alguma especialidade, predomina a pediatria (20%), seguida por medicina do trabalho (18%), medicina geral e comunitária (15%), gineco-obstetrícia (14%), medicina sanitária (11%) e saúde da família (9%);
- 83% exerceram alguma atividade médica anterior à contratação para o PSF;
- 70% consideram más as condições de trabalho oferecidas pelo Programa;
- A renda média mensal obtida com o trabalho médico é de 2.229 dólares.

Obviamente, esse perfil nacional dos médicos atuantes no PSF pode apresentar variações quando analisadas as diferentes regiões brasileiras e mesmo municípios de uma mesma região, dada a grande diversidade de situações sociais, políticas e econômicas que caracterizam nosso país. Esses aspectos serão considerados e apresentados no capítulo seguinte. Por ora, vale destacar os resultados encontrados na já referida pesquisa *O Médico e o seu Trabalho*, do CFM, que, além dos pontos então apresentados, também abordou a percepção dos médicos acerca do PSF e do SUS, no que se refere ao impacto nas condições de saúde e no trabalho médico (CFM, 2004).

Cerca de 84% dos médicos pesquisados informaram que o PSF se encontrava implantado na 'cidade e/ou região' em que atuavam. Para a maioria deles, o Programa foi responsável por um 'aumento/ melhora' do emprego médico (74,6%) e da cobertura da assistência (70%). Entretanto, para grande parte dos médicos, com a implantação do PSF, não se alteraram as condições de trabalho (54,2%), a qualidade dos serviços (44,6%), a organização dos serviços (44,1%) e os rendimentos médicos (42,1%). Deve-se ressaltar que, no caso dos rendimentos, o percentual de profissionais que identificaram 'aumento/ melhora' com a implantação do PSF foi de 40,6%.

De modo geral, é possível assumir que há uma impressão razoavelmente positiva do PSF, por parte dos médicos, ainda que se considere a necessidade de aperfeiçoar seus mecanismos de gestão. Nesse sentido, ao opinarem sobre os fatores que poderiam assegurar a eficácia do PSF, os médicos participantes do estudo apontaram como 'totalmente prioritários' os seguintes aspectos: condições de trabalho (81,8%), remuneração (77,7%), infra-estrutura (77,1%), plano de carreira (65,9%), critérios de seleção para acesso (64,2%), vínculo trabalhista (63,1%), estabilidade no emprego (59,1%) e hierarquia na equipe (47,1%).

Já em relação ao SUS, a percepção é mais desfavorável. Se a maioria dos médicos por um lado acredita que sua implantação acarretou 'aumento/melhora' da cobertura da assistência (50,7%) e do emprego médico (44,8%); por outro, também avalia que houve 'diminuição/piora' das condições de trabalho (52,6%), dos rendimentos médicos (52,4%), da qualidade dos serviços (47,4%) e da organização dos serviços (40,7%).

Esses resultados indicam a necessidade de se auscultar cada vez mais os profissionais de saúde, a população e os gestores, no sentido de identificar, segundo a percepção desses atores, os nós críticos e

recomendações para que as estratégias de intervenção governamental possam apresentar maior eficácia e adesão.

As mudanças que o mercado de trabalho médico vem sofrendo ao longo das últimas décadas, entre as quais a consolidação do SUS e do PSF se incluem, também provocaram alterações na composição, volume e condições da oferta desses profissionais. Os mesmos fatores econômicos, políticos, institucionais e tecnológicos que acarretaram tais transformações, aliados a outros, redimensionaram a oferta, a formação e a qualificação dos profissionais requeridos para atuarem nesse novo cenário. Essa discussão passa a ser agora analisada.

A Oferta de Médicos e seus Determinantes Históricos

Embora a primeira escola médica tenha sido criada quando o Brasil ainda era Reino Unido de Portugal, no início do século XIX (1808), o número de médicos no país só se tornou significativo mais de cem anos depois, a partir da década de 1960. Até então, a formação desses profissionais dava-se em ritmo lento e regular. Em 1920, existiam nove escolas de medicina; em 1940 esse número subira para apenas 13, mantendo-se assim até os anos 50. No entanto, em apenas uma década e meia (1950 a 1966), o número de escolas médicas saltou de 13 para 40 (Teixeira, 1982). Dal Poz e Varella (1995) atribuem ao surgimento de novas escolas médicas características de 'surto', ocorrido em dois períodos: de 1950 a 1964, quando foram criadas quase duas escolas por ano, totalizando 23; e de 1965 a 1971, com seis escolas novas a cada ano, que totalizaram mais 37 instituições desse tipo.

Se o lento crescimento até então registrado pode ser atribuído, dentre outros fatores, à elitização da política educacional vigente, a rápida expansão a partir dos anos 60 pode ser associada a dois principais fenômenos: o comportamento do mercado de trabalho, que começa a ampliar-se com a expansão da rede assistencial derivada da medicina previdenciária, como já discutido, e os propósitos estatais e da sociedade de democratizar o ensino no país.

Além desses fatores, deve-se também acrescentar o diagnóstico bastante freqüente que então se fazia, tanto por estudos governamentais quanto acadêmicos, em torno do déficit de médicos para atender as

necessidades de saúde do país, dadas as desigualdades sociais e extensão territorial. Scorzelli Jr., em 1967, diretor geral do então Departamento Nacional de Saúde, por ocasião da 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada naquele ano, afirmava:

> Dizer-se, por exemplo, que o Brasil necessita de 1 médico por 1.000 habitantes, é adotar uma expressão global, que desconhece a acentuada variedade de necessidade de seu território. Não obstante, como valor global e em ponto de partida, serve como indicação de que temos um déficit de quase 50.000 médicos, a serem acrescentados aos 34.000 conhecidos. (Brasil, 1967)

Para suprir essa demanda, foi estimulada, pelo Estado, a ampliação do aparelho formador de médicos. Essa política encontrava respaldo, inclusive, nas próprias análises que a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) efetuava sobre a situação da atenção médica nos países latino-americanos.

Nesse contexto, foram criadas, no Brasil, entre 1965 e 1975, 53 novas escolas médicas, o que significou uma taxa de crescimento de 230% (Nogueira, 1985b). Para além dos fatores específicos que fomentaram a expansão do ensino médico, outros elementos foram decisivos para esse crescimento, que não se restringia às escolas médicas, mas ao ensino superior como um todo, fruto de uma política de governo que incentivou a formação universitária, para diversas outras carreiras, em um contexto desenvolvimentista.

O país vivia a fase do desenvolvimentismo econômico, sob a égide do governo autoritário, com crescimento do mercado interno de bens e serviços e urbanização acelerada, gerando novos postos de trabalho para diversas profissões. Entre 1968 e 1973, o número de alunos universitários saltou de 278.295 para 820.493, representando um crescimento da ordem de 200% (Nogueira, 1986a).

No início dos anos 60, a Comissão de Planejamento de Formação de Médicos do então Ministério da Educação e Cultura (MEC) elaborou um documento em que previa para o período 1963-1983, ou seja duas décadas, a criação de vinte novas escolas médicas. Contudo, em apenas cinco anos desse período, entre 1965 e 1970, nada menos que 33 novas faculdades de medicina foram autorizadas pelo ministério a funcionar (Quadra & Amancio, 1984). No ano final daquele período (1983), o número de concluintes dos cursos de medicina foi de 7.289 novos médicos,

o que representou um incremento de aproximadamente 75% em relação aos concluintes de 1963 (Machado, 1996b; Nogueira, 1986a). Ainda assim, este não foi o ápice do fluxo de concluintes, que se deu em 1978, quando chegou a 8.722, entrando em queda nos anos seguintes e mantendo-se até o final da década de 1980 em torno de 7.000 egressos por ano (Dal Poz & Varella, 1995; Nogueira, 1986a). Essa queda foi resultado de política governamental explícita que proibiu a abertura de novas escolas e o aumento excessivo do número de vagas nas já existentes, determinação que vigorou até 1989 (Machado, 1997; Nogueira, 1986a).

Documentos oficiais e mesmo diversos estudos produzidos por entidades privadas, associações de escolas ou pesquisadores contribuíram para justificar esse aumento desordenado das escolas médicas. Isso porque, além de não explicitarem a lógica política e ideológica que fomentou esse incremento e que reproduzia a estrutura educacional de modelos estrangeiros, também não abordaram as formas de financiamento envolvidas e a relação com a incorporação tecnológica e a política de saúde prevalente:

> A maioria das conclusões de tais trabalhos, que sempre identificavam como fator irretoquível um déficit de profissionais, justificou (no sentido de fornecer pretexto) a expansão de matrículas e a criação de novas escolas na área de saúde, em especial, escolas médicas, em especialíssimo, privadas; justo no eixo Rio-São Paulo. Salvo uns meritórios, mas logo contidos ímpetos modernizadores, multiplicar vagas e faculdades nada significava em termos de transformações de conteúdos temáticos e pesquisa voltada aos problemas nacionais de saúde. (Quadra & Amancio, 1984: 245)

A subordinação do modelo de formação médica brasileiro a moldes estrangeiros, a que se referem Quadra e Amancio, diz respeito principalmente à aplicação do modelo flexneriano, de origem norte-americana, que exerceu sua influência sobre nós a partir da 2ª Guerra Mundial. Até então, as escolas de medicina brasileiras inspiravam-se no modelo europeu, especialmente o francês. Proposto pelo Relatório Flexner, em 1910, sob os auspícios da Associação Médica Americana, o modelo flexneriano tornou-se um novo paradigma para a prática e a formação médicas. Propunha a expansão do ensino clínico com base em unidades assistenciais, a integração de escolas médicas em

universidades e a introdução da pesquisa associada ao ensino.

Adotado em toda a América latina, tornou-se, contudo, rapidamente, objeto de crítica e insatisfação, em função da constatação de que não respondia às necessidades sociais dos países subdesenvolvidos, que careciam inclusive de recursos para aplicá-lo. Nos Estados Unidos, país emblemático do modelo assistencial de inspiração flexneriana, 90% dos recursos disponíveis para a saúde são consumidos para tratar apenas 11% dos pacientes (Maciel Filho, 2001).

A adoção do modelo flexneriano, que torna o ensino médico baseado em investigação clínica aplicada no hospital, representa o triunfo da concepção cientificista da medicina. No caso brasileiro, esse cenário se expressa, ainda hoje, pelo distanciamento entre a educação médica e a realidade socioeconômica e sanitária do país, ao mesmo tempo em que se mostra coerente com o modelo médico-assistencial hegemônico. À exceção de iniciativas governamentais mais recentes e ainda incipientes, como será visto mais adiante, as respostas que o sistema formador procurou dar aos problemas sociais e de saúde se limitaram a ser de caráter quantitativo.

A educação é o momento da reprodução das práticas e da formação profissional daqueles que estarão ativos no mercado ao longo dos próximos trinta a quarenta anos. O modelo tradicional de ensino com base no hospital como *locus* privilegiado do processo de aprendizagem, muitas vezes desarticulado do sistema de saúde, não responde às necessidades de uma formação em que o princípio da integralidade da atenção é a base das práticas de saúde. Adicionalmente, as abordagens pedagógicas tradicionais utilizadas não habilitam os profissionais enfrentarem o desafio de práticas cada vez mais complexas e em constante processo de transformação (Maciel Filho, 2001).

É preocupante constatar que o diagnóstico dessa cisão entre ensino médico e realidade social vem sendo reiterado há décadas, tendo conseguido sobrepujar-se às tentativas de reordenamento da formação desse profissional. Assim é que o cenário descrito por Silva, há mais de vinte anos, em 1986, na Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, continua, infelizmente, marcado pela sua atualidade:

> (...) a escola médica não teve ainda a capacidade de entender a questão do ensino-aprendizagem como um processo onde é fundamental a interação entre o objeto, o professor e o aluno. (...)

> Este modelo educacional acrítico, ahistórico e cientificista corresponde à grande maioria senão à totalidade das escolas médicas brasileiras. (...) os hospitais universitários constituem o campo de prática preferencial (...). Tais hospitais, na maior parte dos casos, colocam-se em posição distante da realidade que os cerca (...).
>
> Ainda que na maioria dos regimentos das escolas médicas brasileiras esteja estabelecido o compromisso com a formação de um profissional técnico e eticamente preparado para atender aos problemas prioritários da comunidade, tal não acontece. (...)
>
> A falta de formação científica sólida, aliada à mitificação tecnológica e ao descompromisso social, transformam o médico formado num elo fundamental na cadeia do consumo de produtos (medicamentos) e equipamentos. (...)
>
> Portanto, em relação ao seu produto, a escola médica cumpre uma função de através dele perpetuar um modelo médico-assistencial único, determinado por interesses industriais e mercantilistas. (Silva, 1986: 9-10)

O grande incremento na formação de médicos se deu atrelado a duas importantes alterações na estrutura demográfica da oferta da força de trabalho médica, já referidas: sua feminilização e seu rejuvenescimento. A feminilização pode ser atribuída às mudanças socioculturais da sociedade brasileira nos anos 60 e 70, particularmente nos grandes centros urbanos, ampliando a participação feminina na vida econômica e social. A participação feminina na força de trabalho médica teve um incremento, entre 1970 e 1980, da ordem de 77,6%. Com exceção do Distrito Federal, houve, no mesmo período, crescimento da participação feminina no trabalho médico em todas as regiões, passando de 11,6% para 20,6% no país como um todo. O maior percentual foi registrado na Região Nordeste, com 27,5%, e o menor na Região Sul, com 14% de mulheres no total de médicos (Medici, 1985).

A feminilização mostrou-se mais expressiva, no período citado, nas faixas de idade mais jovens (até 29 anos e de 30 a 39), com incrementos de 57% e 54,8%, respectivamente, enquanto, na faixa etária de 40 anos e mais, esse aumento foi de 12% (Medici, 1985).

No que se refere ao rejuvenescimento da força de trabalho, os profissionais com menos de 30 anos, que, em 1970, representavam cerca de 14%, passaram para quase 23%, em 1980, ao mesmo tempo

em que os com mais de 60 anos reduziram sua participação de 10,88% para 6,28% (Medici, 1985).

Mas a principal conseqüência do fenômeno de expansão do ensino da medicina, conhecido como o *boom* das escolas médicas, foi o expressivo aumento de oferta dessa força de trabalho nos anos subseqüentes, coerente com a expansão capitalista do setor na década de 1970. Se até 1950, as 13 escolas médicas brasileiras eram todas públicas, a partir da década de 1960 a rede privada é que se torna majoritária. Atualmente, a relação é mais igualitária, com o país possuindo 119 escolas médicas reconhecidas pelo Ministério da Educação, sendo 65 públicas e 54 privadas, que formam, aproximadamente, 10.000 médicos por ano.[5]

Foi a partir de meados dos anos 70 que passou a ser registrada a reversão da tendência das políticas e orientações expansionistas de formação de médicos. Fizeram parte desse contexto, a Primeira Reunião sobre Princípios Básicos para o Desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e no Caribe, promovida pela Opas em 1977 e a Assembléia Mundial da Saúde, no mesmo ano, que definiu como principal meta para os governos, nas décadas seguintes, a "saúde para todos no ano 2000". Um ano depois, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma-Ata, na então União Soviética, declarou a atenção primária como parte integrante e central do sistema nacional de saúde. Começavam a ganhar relevo as discussões sobre os aspectos qualitativos da formação.

A ênfase passou a recair sobre a reforma curricular e estrutural do ensino médico, com destaque para a integração docente-assistencial, os programas de extensão comunitária e a medicina comunitária. Esse debate surgiu como decorrência da constatação de que à expansão quantitativa e de natureza essencialmente privada se juntara a acentuada especialização da prática e da formação médica, que correspondeu, como já visto, a uma segmentação do mercado de trabalho, com ênfase em algumas especialidades.

A intervenção do Estado consolidou a especialização como princípio organizador da prestação de serviços médicos, refletido no investimento na rede hospitalar e na expansão dos programas de residência médica. Introduzida no país em 1945, embora só oficializada em 1977, a residência médica veio a configurar-se como modalidade de ensino

---

[5] Dados da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), de janeiro de 2006.

responsável pela formação do maior número de especialistas, caracterizando-se como pós-graduação com treinamento em serviço e regime de dedicação exclusiva.

A residência médica surgiu amparada pelo paradigma predominante da formação médica, no Brasil, o da chamada 'medicina científica', de tradição flexneriana, baseada na divisão do trabalho segundo especialidades. Racionalizou a prática médica e atendeu à intervenção estatal então praticada, que fortaleceu e mesmo financiou um modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico.

Aliada a esse processo de especialização, a incorporação tecnológica tornou-se uma das bases sobre a qual se assentou a formação e a prática da medicina, gerando maior valorização de mercado e *status* social de algumas áreas de especialização em relação a outras, de caráter mais generalista e menos intensivas em tecnologia.

A especialização tornou-se o meio pelo qual as inovações tecnológicas foram sendo absorvidas pela medicina, configurando uma prática segmentada, com áreas detentoras de características específicas de formação e mercado de trabalho, em uma espécie de "tribalização da profissão médica", como denomina Machado (1996a). A autora mostra, em outro trabalho, que, segundo recente tabela de especialidades médicas divulgada pelas entidades da corporação, são poucas aquelas que não são compostas por subespecialidades, o que amplia a tabela para cerca de 150 especialidades (Machado, 2003). A pediatria, por exemplo, é composta por mais de 30 áreas de atuação, que, anexadas a ela ou a outras, assumem o *status* quase de uma profissão, com sua própria autonomia, conhecimentos específicos e inserção no mercado de trabalho.

Não se trata, é claro, de negar a importância do médico especialista, mas de ressaltar que "sua atuação quali e quantitativa deverá ser melhor orientada, senão pelo próprio mercado de trabalho, pelo menos por regulamentações que a limitem como resposta às reais necessidades, freando seu crescimento com fins mais especulativos" (Ferreira, 2001: 36).

Como ressalta Feuerwerker (2001), embora o Ministério da Saúde tenha representação na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que está abrigada no próprio Ministério da Educação, o órgão tem funcionado em uma espécie de "mundo à parte", não havendo tradição de diálogo entre os dois ministérios.

> E a residência médica, situada na interface dos processos de prestação de serviços e formação, sofre particularmente com essa desarticulação. Assim, (...) as definições a respeito de programas, vagas, especialidades não estão minimamente articuladas às políticas ou às necessidades do sistema de saúde. (Feuerwerker, 2001: 50)

Aliado ao crescimento desordenado dos programas de residência médica, manteve-se o aumento do número de escolas médicas, sem que ambos estejam efetivamente orientados pelas necessidades do sistema de saúde e do modelo de atenção.

Na década de 1990, houve o que Rego (2005: 29) denomina "um novo surto de crescimento quantitativo" das escolas de medicina, resultante de uma política de governo que liberou a criação de novas escolas. Mas, dessa vez, a liberação apresentou características distintas daquelas que marcaram o *boom* dos anos 60 e 70, em face da necessidade de desenvolver o setor saúde e de privilegiar políticas circunstanciais. Foram estabelecidas normas, pelo governo federal, para regular as iniciativas de criação dessas novas escolas. No entanto, essas normas "nunca chegaram a ser realmente efetivas e cumpridas, já que a maioria dos grupos de investidores interessada em criar escolas médicas encontrou caminhos para desrespeitar o decreto presidencial" (Rego, 2005: 41). Assim, entre 1995 e 2001, foram criados 21 novos cursos de medicina, representando um aumento de 24,7%, com um crescimento do número de vagas da ordem de 36,8%, passando de 8.247 para 11.282 vagas. Isso significou um crescimento de 86,1% de vagas privadas e de apenas 2,2% de vagas públicas no país (Vieira *et al*., 2004).

Em 2003, o Ministério da Saúde, atendendo a uma resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), suspendeu, por meio de Portaria, a criação de novos cursos superiores na área da saúde, por 180 dias, inclusive as solicitações que já se encontravam em andamento. Em março de 2004, também como decorrência de uma resolução do CNS e por solicitação de oito entidades médicas, dentre elas o CFM, o Ministério da Educação prorrogou essa decisão por mais 60 dias. Atualmente, os dois ministérios vêm estudando critérios que envolvam uma abrangência conjunta de atuação no credenciamento de cursos e que considerem o papel regulador do Estado, a regionalização, a ampliação da rede pública de ensino e novas propostas pedagógicas.

Essas iniciativas, que deverão servir como subsídio para a proposta de Lei Orgânica da Reforma da Educação Superior, a ser apreciada pelo Congresso Nacional, "apontam a construção de processos regulatórios que podem reverter de fato as tendências observadas, que caracterizam o sistema de ensino no país como desordenado, desigual e privatizado" (Vieira *et al*., 2004: 200). Enquanto isso, o governo federal investiu simultaneamente em uma política de avaliação do funcionamento dessas escolas, criou um exame nacional para os graduandos e assegurou maior autonomia às escolas na definição do currículo médico, restringindo-se a estabelecer o perfil do profissional a ser formado.

Ainda é cedo para avaliar o impacto dessa política, mas, de qualquer forma, é possível afirmar que

> tais iniciativas, polêmicas e muito questionadas pela corporação médica através de suas diversas entidades representativas, ainda não demonstraram sua eficácia no enfrentamento dos problemas da educação médica no Brasil, mas seus resultados após o primeiro ano são extremamente alvissareiros. (Rego, 2005: 42)

A reação das entidades médicas à tentativa de instituir um sistema de avaliação dos cursos médicos, externo à corporação, já vinha se dando desde 1990, quando houve a primeira tentativa por parte do governo federal nesse sentido. A corporação médica pretendia que fosse adotado o sistema criado e executado pelas entidades representativas da classe e estruturado como uma comissão, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem). Entretanto,

> Após dez anos de funcionamento, a Cinaem ainda não conseguiu produzir resultados concretos que afastassem a imagem de uma ação corporativista e que sugerissem ser este o caminho mais eficaz na construção de alternativas ao modelo vigente no Brasil. Persiste-se dando muita ênfase na identificação e na elucidação dos entraves do processo educativo, enfoca-se ora o docente, ora o discente, ora a infra-estrutura e os meios de ensino, mas parece que persiste ainda a falta de idéias (...), embora esta falta não seja apenas latino-americana. Em suma, mais do que falta de vontade de mudar, o que parece prevalecer é a total falta de idéia de para onde e como ir.

> Esta crítica, todavia, não deve ser entendida como se fôssemos simplesmente contrários ao esforço empreendido pela Cinaem (...). Entendemos que a Cinaem possibilitou a manutenção da discussão sobre a educação médica na agenda de diversos atores, com alguns resultados louváveis e meritórios. Mas a rigor, quando comparamos como está o ensino médico hoje com o de 1990, poucas das mudanças observadas podem ser corretamente atribuíveis ao processo empreendido pelas entidades que compõem a Cinaem. (Rego, 2005: 43)

A necessidade de mudanças qualitativas e quantitativas na formação dos médicos e na distribuição geográfica desses profissionais tem sido ainda mais enfatizada a partir do contínuo processo de crescimento e consolidação da estratégia de Saúde da Família. Foi assim que, em 2002, uma parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Abem, deu origem ao Programa de Incentivo para Mudanças Curriculares para Faculdades de Medicina (Promed). Criado pela portaria interministerial n. 610, o Promed tem como finalidade "incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina" (Brasil, 2002a). Seus objetivos são:

> I - inovar o processo de formação médica, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro;
>
> II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas;
>
> III - incorporar, no processo de formação médica, noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde;
>
> IV - ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde;
>
> V - favorecer a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação continuada. (Brasil, 2002a)

O termo de referência que apresenta o Promed o define como "um sistema de incentivos às Instituições de Ensino Superior que adotem

práticas de ensino, pesquisa e de atenção à saúde sintonizadas com o paradigma da integralidade" (Brasil, 2002d: 14). Como 'situação desejada' define que:

> O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para um outro processo em que a formação esteja sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar. (Brasil, 2002d: 13-14)

No entanto, ainda que um sistema de incentivos como o Promed possa vir a obter algum sucesso, a mudança da formação médica é um processo bastante complexo, que envolve inúmeras variáveis e atores. De qualquer forma, é possível concordar com Rego (2005: 43), para quem o Promed é uma iniciativa que "pela primeira vez, aponta não apenas uma direção concreta para as mudanças, respeitando as peculiaridades, idiossincrasias e autonomia de cada faculdade, mas também oferecendo recursos financeiros e consultorias".

A criação do Promed teve como principal justificativa o entendimento de que:

> o Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades essenciais a atenção básica, mediante a qual pretende ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Tal proposta, no entanto, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais gerais, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde. Na superação desse obstáculo, os gestores do SUS e das instituições acadêmicas vêm empreendendo esforços para resolver os urgentes problemas da incorporação de profissionais à estratégia de Saúde da Família, por intermédio da implantação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família na maioria das Unidades Federadas. (...) É necessário, entretanto, que sejam implementadas ações de maturação a médio e longo prazos, voltadas à melhoria da formação profissional. Para tanto, as IES, responsáveis por essa formação, deverão ter

papel protagônico e ser os sujeitos desta ação, e não mais um participante entre muitos outros. (Brasil, 2002d: 11-12)

É sabido que mudanças desse porte não ocorrem "da noite para o dia [nem se realizam] em termos de substituição radical do padrão hegemônico que vigora no presente" (Ferreira, 2001: 36). Ainda estão por serem dimensionados os desafios que este modelo de atenção à saúde, representado pela estratégia de Saúde da Família, traz no campo dos recursos humanos, inclusive na prática médica (Cordeiro, 2000).

Mas a receptividade desse novo modelo, pela sociedade e pelos gestores do SUS, indica que se trata de algo que veio para ficar. Esta proposta guarda relação direta com o que as escolas médicas declaram como sua missão: a formação terminal de um profissional qualificado, voltado para as necessidades epidemiológicas e sociais. No entanto, esta tarefa não pode ser exclusiva do Estado. Ela se constitui em um desafio para a sociedade como um todo. O papel do governo deve ser o de instituir políticas que induzam a mudança, assumindo, para o seu adequado desenvolvimento, o princípio da parceria com os agentes sociais que entendam a sua emergência.

O potencial do PSF como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde e de consolidação como opção atrativa de mercado e de formação para o profissional de medicina gera expectativas importantes não apenas quanto à sua repercussão sobre o mercado de trabalho e a formação médica, mas também quanto ao seu grau de contribuição para minimizar a desigual distribuição de médicos nas diversas regiões e municípios do país.

Descompassos entre Aspectos Demográficos e Disponibilidade de Médicos

A configuração do mercado de trabalho e da formação médica desenhada na década de 1960, aliada ao crescimento populacional, trouxe conseqüências para a distribuição desses profissionais em relação à população das diversas regiões brasileiras.

Já em 1970, cerca de 80% dos médicos do país concentravam-se nas regiões Sudeste e Sul, embora nelas residissem aproximadamente 60% da população. A Região Norte, que já comportava cerca de 4% da população total não contava sequer com 1% dos médicos disponíveis.

A mesma relação de precariedade constatava-se na Região Nordeste, que, com quase 30% da população brasileira, dispunha de pouco mais de 17% dos médicos disponíveis no país (Nogueira, 1986b).

Embora dez anos depois o número de médicos no Brasil tenha mais do que duplicado, passando de 45.113 para 101.793, o mesmo ocorrendo com a relação médico por mil habitantes, que passou de 0,48 médicos/1.000 hab. para 0,85 por mil, isso não se deu de forma homogênea e igualitária. Ainda que, aparentemente, tenha havido um progresso, já que houve ampliação do número de médicos em relação à população em todas as regiões brasileiras – com exceção exatamente da Região Sudeste, que detinha a maior concentração desses profissionais –, as acentuadas disparidades regionais mantiveram-se ao longo do período.

Desse modo, a Região Sudeste continuou com o maior percentual de médicos em relação à população (cerca de 60% dos médicos disponíveis no país, para aproximadamente 40% da população brasileira). A Região Sul, por sua vez, também registrou uma sobreproporção de médicos em relação ao número de habitantes. E o Nordeste continuou contando com apenas 18% do total de médicos do país para uma população que correspondia a aproximadamente 30% da população brasileira (Nogueira, 1986b).

Ainda que tenha havido, no mesmo período (1970-1980), uma evolução positiva em níveis bastante expressivos da relação de habitantes por médico nas cinco regiões, deve-se atentar para o fato de que essa oferta de profissionais encontrava-se fortemente concentrada nas áreas urbanas centrais, particularmente nas capitais. Além disso, no caso da Região Norte, o importante avanço registrado (de 11.123 hab./médico para 2.261) fica comprometido pela grande dispersão geográfica da população naquela área, que se mantém ainda hoje e que funciona como uma barreira adicional ao acesso à atenção médica (Nogueira, 1986b).

Apenas os estados do Maranhão, Rio Grande do Norte e Sergipe, na Região Nordeste, e São Paulo, na Região Sudeste, reduziram sua participação relativa na disponibilidade de médicos do país, no período, mas por motivos distintos. Quase certamente, como ressalta Medici (1985), os estados nordestinos citados não obtiveram ao longo da década um cenário econômico e social capaz de atrair ou reter os profissionais de medicina; ao passo que São Paulo já apresentava desde fins dos anos 60 um mercado de trabalho com excessiva concentração desses

profissionais. Foi registrada, ainda, grande carência de médicos nos estados da Região Norte, que nos casos do Acre, Amapá, Rondônia e Roraima era de escassez absoluta no início e/ou final do período (Medici, 1985).

A evolução positiva da distribuição relativa de médicos, na maioria dos estados brasileiros, entre 1970 e 1980, pode ser atribuída predominantemente ao aumento do grau de urbanização do país e à elevação dos níveis de assalariamento. Porém, outros fatores típicos daquele período, como a grande concentração regional da renda nacional, tornaram-se fatores decisivos que impedem, ainda hoje, uma distribuição mais eqüitativa de médicos.

Além disso, entre 1970 e 1980, ocorreu pela primeira vez uma redução absoluta da população rural do país, com ampliação do percentual de habitantes nas regiões urbanas de 55,9% para 67,6% (Medici, 1985).

A desigualdade da distribuição dos profissionais de medicina em relação ao número de habitantes já se verificava não apenas entre as regiões do país, mas também entre a área urbana e a rural, mesmo nas regiões mais favorecidas, assim como entre a capital e os demais municípios de um mesmo estado. Considerando-se, por exemplo, apenas as regiões metropolitanas do país, no período em questão, percebe-se que ocorreu elevada concentração de médicos que residiam nessas áreas, em detrimento dos demais municípios dos respectivos estados, especialmente na Região Nordeste. A região metropolitana de Recife que, em 1980, detinha 35% da população do estado de Pernambuco, concentrava 95% do total de médicos daquele estado. Também no Ceará registrou-se o mesmo fenômeno, com a região metropolitana de Fortaleza concentrando 77% dos médicos para uma população que representava 30% do total do estado, naquele ano. Ainda na Região Nordeste, embora em níveis mais baixos, a região metropolitana de Salvador também mostra importante concentração de médicos em relação à população total da Bahia, com percentuais de 49 e 19%, respectivamente, no ano de 1980. Vale destacar que, no caso de Recife, a situação representou um agravamento, já que no início dos anos 70 a concentração de médicos era dez pontos percentuais mais baixa (Medici, 1985).

Minas Gerais e Paraná reproduziram, no mesmo período, o padrão elevado da relação médico/população total do estado, em suas regiões metropolitanas, embora com percentuais mais baixos do que os verificados na Região Nordeste. Já São Paulo e Rio de Janeiro

apresentaram índices mais equilibrados, considerando-se que em suas regiões metropolitanas concentravam-se, em 1980, respectivamente, 50% e 80% da população total desses estados para um percentual respectivo de 60% e 82% de médicos nessas áreas (Medici, 1985).

A situação foi se agravando nos anos seguintes, com concentração desses profissionais nas capitais, em meados dos anos 90, que se mostrava maior nas regiões mais desfavorecidas economicamente. Assim, os estados do Norte e Nordeste apresentavam, em 1995, percentuais próximos de 80% a quase 96% dos seus médicos atuando nas capitais, contra valores em torno de 50% nos estados das regiões Sul e Sudeste, com exceção do Rio de Janeiro, onde 74% encontravam-se na capital. Apenas os estados de Minas Gerais, Santa Catarina e o então recém-criado Tocantins apresentavam menor percentual de médicos nas capitais em relação às demais cidades do estado, com valores de 46,4%, 30,8% e 12,8%, respectivamente. A relação mais equilibrada entre disponibilidade de médicos nas capitais e nos demais municípios era registrada na Região Sul, com aproximadamente 50% para ambos os casos, excetuando-se Santa Catarina, como já referido, onde essa relação era ainda mais favorável aos demais municípios.

Dados de maio de 2007, do Conselho Federal de Medicina,[6] permitem acompanhar a situação atual nas 27 unidades da Federação. Os estados com a maior relação de médico por habitante são o Maranhão (1 médico/ 1.583 hab.), Piauí (1 médico/1.156 hab.), Pará (1 médico/1.153 hab.), Rondônia (1 médico/1.123 hab.) e Acre (1 médico/1.010 hab.). Já o Distrito Federal, com índice de 1 médico/247 hab., o Rio de Janeiro (1 médico/275 hab.) e São Paulo (1 médico/399 hab.) são os que contam com a maior disponibilidade de médicos relativamente à sua população.

Esse cenário é parcialmente justificado pela própria distribuição dos serviços de saúde no Brasil, que também apresenta características de desigualdade, como veremos adiante.

Desigualdades na Distribuição dos Serviços de Saúde

A desigual distribuição de médicos reflete a concentração dos serviços de saúde nas regiões mais favorecidas economicamente,

[6] Disponíveis no endereço eletrônico http://www.cfm.org.br

particularmente expressiva nas décadas de 1970 e 1980. Já em 1980, a Região Sudeste concentrava cerca de 41% dos estabelecimentos de saúde e aproximadamente 55% dos profissionais do setor. A distribuição dos estabelecimentos de saúde nessas duas décadas era menos concentrada do que a dos profissionais em todas as regiões e na quase totalidade dos estados. Isso se explica por se tratarem, nesse caso, de estabelecimentos de menor nível de complexidade, com baixa absorção de profissionais, caracterizando uma distribuição geográfica heterogênea entre unidades de saúde de maior complexidade tecnológica, como os hospitais, e aquelas de menor complexidade, voltadas para o atendimento ambulatorial (Medici *et al*., 1992).

As forças do mercado exercem forte pressão sobre a distribuição dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos, reproduzindo a própria distribuição dos meios de produção do serviço médico, mesmo porque onde esses meios se encontram é também onde ocorre a maior geração de produtos e renda. Esse fenômeno é facilmente observável quando se constata que é nas regiões mais ricas e de maior Produto Interno Bruto (PIB) que se concentra a maioria dos estabelecimentos médicos privados.

A evolução da distribuição dos estabelecimentos de saúde públicos e privados, ao longo da década de 1980 e início dos anos 90, nas regiões brasileiras, mostra que, nos anos 80, embora o crescimento da rede pública tenha sido superior ao da rede privada, em todas as regiões, foi no Norte, Centro-Oeste e Sul que ele se mostrou mais expressivo (Machado, 1997). No entanto, nos anos finais da década de 1980 e início de 90, o crescimento do setor público só se manteve superior ao da iniciativa privada na Região Norte, o que corrobora o maior interesse do investimento privado nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que apresentaram os maiores percentuais de incremento desse setor. É nessas três regiões que, historicamente, vem se concentrando a oferta de serviços médicos de maior complexidade, especialmente composta por hospitais privados, e onde os serviços ambulatoriais encontram-se quase igualitariamente divididos entre os setores público e privado contrariamente ao que é observado nas regiões Norte e Nordeste, nas quais o atendimento ambulatorial tem sido majoritariamente oferecido por estabelecimentos públicos, e os serviços hospitalares são mais equilibradamente distribuídos entre os dois setores.

Mesmo com a expansão da oferta de postos de trabalho médico nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, registrada ao longo dos

anos 80, essa categoria profissional manteve sua concentração nas cidades do Sudeste e Sul. De 1981 a 1987, o número de postos de trabalho para médicos na Região Sudeste cresceu apenas 7%, enquanto o Norte e o Nordeste registraram crescimento da ordem de 55% e 48%, respectivamente (Dal Poz & Varella, 1995). A ampliação das oportunidades de emprego médico nessas regiões com maior carência, associada à concentração desses profissionais no Sul e Sudeste, aprofundou ainda mais, nos anos seguintes, a distribuição desigual de médicos no país.

O aumento da oferta de postos de trabalho, em todas as regiões brasileiras, intensificou-se nos anos 90, com a ampliação do processo de descentralização da rede de serviços de saúde, que chega em 2002 a um total de 65.343 estabelecimentos em todo o país, de acordo com os dados da última Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada em 2002 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cerca de 55% deles estão localizados nas regiões Sudeste e Sul.

Ainda segundo a AMS, a década de 1990 chega ao fim com a participação federal e estadual na prestação direta de assistência à saúde tendo se tornado residual, com os municípios gerindo 94% dos estabelecimentos de saúde de propriedade estatal, ficando o governo federal com 2% e os estados com 4%. Esse quadro reproduziu-se em todo o país, sendo apenas levemente diferenciado na Região Norte, onde, em 2002, ainda se encontravam sob gestão estadual 10% dos estabelecimentos públicos de saúde, 6% com a esfera federal e 85% com a municipal.

Uma importante conseqüência da municipalização dos serviços de saúde foi o incremento da atenção ambulatorial, com aumento do número de empregos para profissionais de saúde nesse nível de atenção, particularmente para os médicos. Assim, comparando-se os dados da AMS de 1992 e 2002, percebe-se que houve, no país, um incremento da ordem de 46% no número de postos de trabalho médicos nos estabelecimentos públicos sem internação, chegando a 115% na Região Norte.

Esse incremento dos postos de trabalho, nos anos 90, veio associado à intensificação da tendência de acúmulo de empregos ou atividades profissionais por parte dos médicos, já discutida anteriormente. Tal tendência também apresenta especificidades regionais, desfavoráveis às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Dessa forma, já em 1995, essas regiões eram as que apresentavam os

maiores percentuais de médicos exercendo quatro ou mais atividades profissionais (28,6%, 26,1% e 26,9%, respectivamente), gerando maior sobrecarga de trabalho para aqueles que atuam nessas regiões. No Norte e no Nordeste registravam-se os menores índices de profissionais com apenas uma atividade (15,2% e 15,6%, respectivamente) (Machado, 1997).

A crescente ampliação de unidades do PSF, decorrente do processo de municipalização, e que surge como mais uma alternativa de oferta de serviços médicos e de mercado de trabalho, também apresenta especificidades regionais. Ao analisar as formas de contratação direta desses profissionais (via prefeituras) e indireta (por meio de entidades filantrópicas ou organizações do Terceiro Setor), Girardi e Carvalho (2003) revelam, em estudo amostral, que os maiores índices de contratos temporários e de prestação autônoma de serviços são registrados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com níveis superiores ao da média nacional.

Ainda que se considere que a precariedade das formas de contratação do PSF é verificada em todo o país, os índices comparativamente mais elevados encontrados nessas regiões podem ser apontados como fatores adicionais que desestimulam os médicos a atuarem no PSF dessas áreas, prejudicando, conseqüentemente, a própria oferta de serviços médicos do Programa para a população que nelas reside. Esse cenário vem se agregar ao conjunto de fatores que contribuem para a má distribuição de médicos no território nacional, como também é o caso da concentração da oferta de formação desses profissionais nas regiões mais favorecidas social e economicamente.

A Concentração de Escolas Médicas[7]

O grande número de escolas médicas criadas no Brasil nos anos 60 e 70 localizou-se preferencialmente nas regiões Sul e Sudeste, áreas de maior desenvolvimento econômico e social. Essa tendência se manteve nas décadas seguintes, fazendo com que, das 119 escolas médicas existentes em 2006, cerca de 67% estejam localizadas nas regiões Sul e Sudeste. Do total de escolas localizadas

---

[7] Os dados referentes às escolas médicas têm como fonte a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e se referem a janeiro de 2006.

na Região Sudeste, 75% encontram-se nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Os estabelecimentos de ensino médico públicos predominam nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. O setor privado, por sua vez, se concentra nas regiões Sudeste e Sul, onde estão localizadas 59% das escolas privadas.

Mais da metade dos médicos graduados em faculdade públicas (51,8%) moram na Região Sudeste, sendo que na Região Nordeste residem apenas 20,6% e no Sul, 16,1%. A concentração de egressos no Sudeste é ainda mais alarmante no caso dos profissionais que se graduaram pela rede privada, onde residem cerca de 75 % desses profissionais (Machado, 1997).

O mesmo padrão de concentração dos cursos de medicina se repete com os programas de residência médica e seus egressos. Cerca de 80% desses programas localizam-se nas regiões Sudeste e Sul (Feuerwerker, 1998).

A origem social dos médicos tem se alterado e, conseqüentemente, também a dos médicos residentes. Se até os anos 50, esses profissionais eram oriundos, em sua maioria, de famílias abastadas e de origem rural, hoje, são mais urbanos e provenientes de uma camada social mais intelectualizada. Mais de um terço dos médicos residentes é filho de profissionais liberais, especialmente médicos. São profissionais oriundos da classe média urbana, com elevado nível educacional, que em sua quase totalidade (cerca de 80%) estão nas capitais (Machado, 1997).

Feuerwerker (2001: 51) lembra que "o fato de o médico recém-formado fazer residência fora do seu local de origem é um importante fator de concentração dos médicos nos principais centros urbanos e especialmente na Região Sudeste". Esta afirmação é confirmada pelo estudo de Machado (1997), que mostra que 60% dos médicos que migram para fazer residência médica não retornam ao seu local de origem.

Bittar (1999), dentre outros autores (Arruda, 2001; Machado, 1997; Salim, 1992), mostra a correlação direta entre o PIB das regiões e estados e o respectivo número de vagas para residência médica, escolas de medicina e disponibilidade de médicos. Em resumo, é possível dizer que a alta concentração de médicos nos centros urbanos e a sua má distribuição pelo restante do território nacional estão diretamente ligadas às desigualdades socioeconômicas e regionais, conseqüências diretas,

por sua vez, do baixo investimento público e privado nas áreas mais carentes do país. Num círculo vicioso, tais fatores acarretam má qualidade de vida para a população dessas regiões e não proporcionam as condições adequadas para o exercício profissional da medicina, desencorajando a opção do profissional em atuar nessas áreas. Desestímulo que é também agravado pela precariedade das relações trabalhistas em muitos municípios dessas áreas e pela falta de centros de pós-graduação e de atualização profissional em localidades próximas.

Esse cenário acarreta um grande desafio para a política de saúde, especialmente no momento em que se tenta reformular e humanizar o modelo assistencial. Com o objetivo de examinar como o país vem lidando com esse problema, vale a pena conhecer as estratégias e alternativas já empregadas.

2
A Experiência Brasileira de Estímulo à Fixação de Médicos no Interior

Neste capítulo são descritas as intervenções que o Brasil adotou para fazer frente ao problema da má distribuição de médicos e outros profissionais no território nacional. A descrição dessas experiências tem caráter ilustrativo, com a finalidade de conhecer que tipo de estratégias já foram empregadas em nosso país. Tais intervenções, iniciadas na década de 1960, foram estruturadas sob a forma de programas governamentais. Foram quatro os programas que incluíram a interiorização de profissionais dentre suas metas: o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits).

Antes, porém, de apresentar essas experiências, é fundamental contextualizar como o problema da má distribuição foi sendo tratado no debate político e acadêmico, a fim de compreender os referenciais que nortearam a atuação governamental perante o problema e a criação desses programas como estratégias de intervenção.

As intervenções governamentais são fruto de um processo de formulação de políticas, que se inicia com a definição da agenda. Como os recursos públicos são escassos para atender a todas as necessidades, são alocados segundo princípios muito variados. Mas, em geral, é possível afirmar que a primeira decisão refere-se a como alocá-los entre os diferentes âmbitos da ação pública; em seguida, entre setores sociais, como saúde, educação e outros, e, finalmente, entre programas de uma determinada área (Cohen & Franco, 2004).

Planos, programas e projetos compõem, portanto, o conjunto de estratégias da atuação governamental e expressam as políticas adotadas pelo Estado para fazer frente às necessidades sociais. Os três são assim definidos por Cohen e Franco (2004: 86 – grifos dos autores):

> Um *projeto* é um empreendimento planejado que consiste num conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas para alcançar objetivos específicos (...).
>
> Um *programa* é um conjunto de projetos que perseguem os mesmos objetivos. Estabelece as prioridades de intervenção, identifica e ordena os projetos, define o âmbito institucional e aloca os recursos a serem utilizados. (...)
>
> Um *plano* é a soma de programas que procuram objetivos comuns, ordena os objetivos gerais e os desagrega em objetivos específicos, que constituirão por sua vez os objetivos gerais dos programas. Determina o modelo de alocação de recursos resultantes da decisão política. (...)
>
> Mesmo quando o plano esteja ausente, sempre existirão os outros dois elos da cadeia [programas e projetos].

No caso do setor saúde, não há dúvida de que o Estado é uma das principais – senão a principal – fontes normativas do trabalho médico, por seu papel de agente racionalizador e modernizador. O Estado não apenas incrementa o setor saúde, por meio da alocação de recursos, como orienta as definições básicas dos lugares destinados à assistência médica, das atividades que determinam o caráter do trabalho médico e dos marcos institucionais que regem a prestação dos serviços médicos.

A intervenção do Estado na prestação de atenção à saúde tem dois principais tipos de efeito no mercado de trabalho para o médico. Um é de ordem quantitativa e se refere ao aumento ou diminuição da demanda por este profissional. O outro tem uma dimensão qualitativa e está ligado às modalidades de organização da atenção médica nos setores público e privado (Donnangelo, 1975).

Quanto maior o lugar que o Estado ocupa na prestação direta dos serviços de saúde, mais acentuados serão os efeitos, que vão desde a repercussão sobre os próprios paradigmas que regem a formação e a prática médica até a redução na autonomia profissional, ao transformar o médico em empregado assalariado.

A forma como o Estado brasileiro tem lidado com essas questões, no que se refere ao problema da má distribuição de médicos no país, têm oscilado entre intervenções ora focadas na extensão universitária, ora na oferta de incentivos e benefícios para os profissionais que se disponham a atuar nas áreas mais carentes e remotas do país. Nenhuma dessas formas, no entanto, minimizou efetivamente a má distribuição

de médicos, ao longo da trajetória de reformas e transformações da política de saúde.

Essas mudanças na política de saúde foram geradas, como ressalta Pierantoni (2000: 34-35):

> muito mais como produto das transformações sociais e das demandas geradas pela implementação de sucessivas políticas econômicas. A Saúde aparece como coadjuvante, com ações implementadas a partir de cada momento político, e não como processo que consolida uma rede e um sistema adequado para as necessidades de uma população desigualmente distribuída do ponto de vista geográfico, econômico e cultural. Mais ainda, essas desigualdades são agravadas pela acentuada diferença na construção e acesso a equipamentos sociais que possibilitem melhores condições de saúde (...).

Lidar com essas desigualdades tem sido, historicamente, um desafio. No que se refere à falta de médicos nas áreas mais carentes, se considerarmos que o Ministério da Saúde foi criado em 1953, e que já chegamos ao século XXI, percebemos que a disponibilidade de médicos nessas áreas se mantém como um problema atual para a política de saúde há mais de meio século. E tem raízes históricas, já analisadas no primeiro capítulo.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, foi a primeira a se debruçar mais detalhadamente sobre o problema da má distribuição de médicos no país. Em seu relatório final, o tema "O problema de pessoal" é iniciado com a seguinte pergunta: "Como vai ser resolvida a presença de médicos nos municípios?" (Brasil, 1993a: 20). À indagação segue-se o diagnóstico:

> Seria ingenuidade pretender mandar médicos em grande número para o interior. Não só no Brasil, como no mundo inteiro, o que se vem verificando é a concentração cada dia maior de profissionais da medicina nos grandes centros. O avanço da tecnologia médica, a especialização, a aparelhagem necessária à prática da medicina moderna, praticamente conduzem a que os médicos só desejem trabalhar em grandes centros, onde contam com todos os recursos e verdadeiras equipes. Além do mais, com o enriquecimento dos habitantes das metrópoles, amplia-se cada dia o mercado de trabalho dos médicos nas grandes concentrações

> demográficas, de forma que não há como, nas condições atuais, levar médicos para atender às populações do interior.

A Conferência foi realizada no mesmo ano da Primeira Reunião de Ministros de Saúde das Américas, tendo sido debatidos nos dois eventos, no campo dos recursos humanos, os mesmos problemas: "carência e má distribuição de mão-de-obra, além da necessidade de traçar programas de capacitação, fixação e interiorização de profissionais de saúde nas regiões menos favorecidas" (Sayd, Vieira Jr. & Velandia, 1998: 171).

Realizada quatro anos depois, em 1967, a Conferência seguinte, já em plena ditadura militar, foi convocada com a finalidade explícita de debater o tema, dada a premência de resolvê-lo, tendo por objetivo "formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento das suas atividades de saúde" (Brasil, 1967: 11).

Na ocasião, o meio acadêmico ressaltava a necessidade de que o Ministério da Saúde investisse na produção de dados sobre os recursos humanos em saúde como forma de obter subsídios mais consistentes para a formulação de políticas que orientassem as relações entre a oferta e a demanda desses profissionais, tanto qualitativa quanto quantitativamente. Essa foi, aliás, a tônica do debate acadêmico, nos anos 60, não apenas no Brasil, mas no cenário internacional. De um lado, havia que enfrentar a chamada 'crise de pessoal' por que passava a saúde; de outro, o sistema de formação se caracterizava pela falta de racionalidade e desconexão com as necessidades reais do setor. Como conseqüência, abriu-se todo um campo de investigação e debate sobre o planejamento de recursos humanos – no Brasil e em diversos países – com a intenção de elaborar métodos que permitissem determinar a quantidade de pessoal necessário em cada categoria profissional.

A primeira referência sobre o planejamento de recursos humanos em saúde surgiu em 1958, como parte de uma publicação científica da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Pouco depois, em 1961, em reunião da Organização dos Estados Americanos (OEA, foi acordada a urgência de se determinar o número de profissionais necessários em cada país; e na Reunião de Ministros da Saúde, de 1963, a referência especial recaiu sobre a importância do planejamento da formação médica (Vidal, 1984).

Paralelamente, teve início o planejamento em saúde, com a criação do método Cendes-Opas. O Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde, da Opas, desenvolveu métodos globais de planejamento, que ressaltavam a importância dos recursos humanos. O próprio *Plano Decenal de Saúde* para as Américas, para o período 1971-1980, estabeleceu uma série de metas quantitativas para diferentes categorias profissionais, embora com poucas referências à relação estrutural dessas metas com mudanças nos programas e serviços de saúde (Vidal, 1984).

A ênfase recaiu sobre a importância dos métodos de projeção e cálculo dos recursos humanos necessários para atender às demandas do setor saúde, nas distintas regiões de um país. Com base em indicadores demográficos e socioeconômicos, essas orientações e os diversos estudos a partir delas produzidos se restringiram a um enfoque quantitativo de projeção de tendências, em busca de maior racionalidade científica para o planejamento de recursos humanos em saúde, sem tratar das implicações políticas aí embutidas. Descuidou-se do fato de que uma política de recursos humanos exige a consideração de um conjunto de variáveis que atuam simultaneamente e interagem entre si, em um contexto complexo e fortemente influenciado por fatores culturais e decisões políticas, que torna falaciosas as projeções de cunho eminentemente estatístico.

De modo geral, esses estudos não foram bem sucedidos, uma vez que não permitiam ir além de um enfoque quantitativo, que projetava as tendências existentes, mantendo a rigidez do então sistema de saúde e das instituições formadoras tal como se configuravam naquele momento.

Esse tipo de enfoque, com base em estudos de demanda-manifesta e projeção de oferta, refletia a corrente de pensamento que dominou a saúde pública nos anos 50 e 60. Essa corrente utilizou como argumento a busca de racionalidade e eficiência, consideradas inerentes a um enfoque científico, e transpôs para a saúde as técnicas utilizadas no campo da economia.

A partir da década de 1970, embora a abordagem mais racionalista ainda tenha se mantido com alguma força, destacando a influência dos recursos humanos sobre os custos dos serviços de saúde, o debate passou a evidenciar, cada vez mais, a dimensão política do tema, ressaltando sua forte relação com a necessidade de mudanças culturais, sociais e

econômicas. Começam a ganhar relevo as discussões sobre o acesso da população a esses serviços, a formação desses profissionais, a realidade socioeconômica, o corporativismo, a política governamental, o processo educacional, os referenciais socioculturais, dentre outros aspectos.

De forma convergente com esse debate, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) elaborou, em 1976, o *Estudo sobre a Formação e Utilização dos Recursos Humanos na Área da Saúde* (Brasil, 1976b), com a contribuição do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Seu objetivo era "propor diretrizes para as ações que permitam a correção das principais distorções que vêm ocorrendo na preparação e utilização de recursos humanos no setor Saúde" (Brasil, 1976b: 9).

A partir da análise de diagnósticos já existentes, o estudo atribuía as insuficiências na prestação de assistência médica a fatores demográficos (como o crescimento populacional acelerado e o movimento migratório), socioculturais, políticos e tecnológicos, e recomendava que a formação dos profissionais de saúde deveria pautar-se pelas reais necessidades da população, de forma a "inserir o ensino de saúde no contexto socioeconômico, cultural e político do Brasil e de suas regiões" (Brasil, 1976b: 11).

Com relação à formação médica, afirmava que o estoque desses profissionais já ultrapassava as projeções para 1980 (1.225 hab./médico), superando as metas do *Plano Decenal*, e destacava a inadequação do ensino médico à realidade brasileira. Para enfrentar o problema, propunha reformas curriculares e experiências práticas em medicina comunitária e saúde pública, além de maior articulação entre os ministérios da Educação, Saúde e Previdência.

Mas embora as ações do Estado implementadas no campo da saúde, no período desenvolvimentista, tenham aumentado a oferta de médicos e ampliado o mercado de trabalho, inclusive nas regiões mais desfavorecidas, foram insuficientes, por si só, para enfrentar o problema da má distribuição desses profissionais no território nacional:

> as regiões que apresentaram maiores incrementos no número de médicos foram: Norte (701,84%); Centro-Oeste (330,45%) e Sul (164,09%). As duas primeiras, no entanto, ainda apresentam um baixo contingente destes profissionais com relação à magnitude de suas populações. (...) Apesar dos esforços do Governo Federal,

> do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais em aparelharem a rede pública de saúde dos estados nordestinos, o baixo poder aquisitivo da população tem impedido uma maior fixação de médicos na região. Como salientou Celso Furtado, em artigo publicado no Caderno Especial do *Jornal do Brasil* de 20.11.83, 'se é verdade que o produto bruto do Nordeste quadruplicou entre 1960 e 1980, dois terços da população trabalhadora permanecem com uma renda igual ou inferior a um salário mínimo'. Portanto, na atual estrutura privatizante da atenção médica no Brasil, somente uma melhoria substancial da distribuição dos rendimentos da população poderia resolver o problema da fixação de médicos nas regiões mais carentes. (Medici, 1985: 57)

Com a realização, em 1986, da Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, observa-se uma mudança fundamental no eixo de discussão, que se desloca do dimensionamento quantitativo para a crítica à ausência de uma política de recursos humanos. Ainda hoje, as questões mais prementes do campo dos recursos humanos em saúde não foram objeto de intervenções estatais consistentes, duradouras e congruentes com os princípios da Reforma Sanitária.

A partir de agora serão abordadas as estratégias adotadas pelo Estado brasileiro para enfrentar o problema da má distribuição de médicos no país; identificando-as segundo o recorte político que as fundamentou: ditatorial ou democrático.

Estratégias da Ditadura Militar

Iniciado em 1964, com o golpe militar de 31 de março, o período ditatorial no Brasil estendeu-se até o ano de 1978, quando se abriu o caminho para a redemocratização. Nesse período, foram implantados dois programas que tiveram a interiorização de profissionais como uma de suas metas: o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass).

O Projeto Rondon

Criado em 1968, pelo decreto n. 62.927, o Projeto Rondon foi o primeiro grande programa de extensão universitária de abrangência nacional instituído pelo governo brasileiro, tendo como finalidade "promover estágios de serviço para estudantes universitários,

objetivando conduzir a juventude a participar do processo de integração nacional" (Brasil, 1968). A participação no Projeto, de caráter voluntário, abrangia estudantes de todos os cursos universitários para desempenhar atividades específicas de seu campo de formação em localidades do interior do país, desprovidas de infra-estrutura econômica e social.

Em publicação elaborada pelos formuladores do Projeto Rondon, sua criação é contextualizada segundo a lógica doutrinária da ditadura militar:

> Na segunda metade da década de 60, o inconformismo juvenil – fermento das grandes campanhas libertárias em tôdas as épocas e em tôdos os países – radicalizou-se numa escalada mundial de manifestações públicas, protestos, conflitos e movimentos de massa.(...)
>
> No Brasil um fato era latente. Havia uma enorme predisposição da parte dos jovens de contribuir de alguma forma no processo brasileiro.
>
> O que se fazia necessário era mostrar-lhes o caminho sério e construtivo da participação real nos destinos do Brasil.
>
> Atravessávamos uma época em que mais do que nunca necessitávamos do trabalho devotado, do altruísmo, da convicção patriótica, de reformas é claro, desde que calcadas na realidade de nossa problemática.
>
> Êste quadro político-institucional brasileiro mereceu a atenção dos governantes e das universidades e foi objeto do seminário promovido pela ECEME (Escola De Comando do Estado-Maior do Exército) e universidades do Estado da Guanabara em outubro/novembro de 1966.
>
> Nêle estiveram presentes estudiosos do problema educacional brasileiro, nascendo nos debates, e cristalizando-se nas conclusões, a necessidade imperiosa de levar os estudantes universitários à participação realista no esfôrço desenvolvimentista brasileiro. (...)
>
> O caminho estava começando a ser apontado: os estudantes viveriam e sentiriam em tôda a sua chocante realidade a vida no interior do Brasil.
>
> O desafio foi aceito por todos os que se empenhavam na idéia: estava lançada a semente do que viria a ser a maior experiência sociológica brasileira – o PROJETO RONDON. (Brasil, 1972: 8-9)

O lema do Projeto Rondon – “Integrar para não Entregar” – teve como inspiração uma frase do Capitão Lauro Bastos Filho, do 5° Batalhão do Exército, de Rondônia: “O batalhão está trabalhando dia e noite para integrar a região amazônica e não entregá-la à cobiça, à miséria e ao pauperismo” (Brasil, 1972: 15).

Assim, a palavra de ordem do Projeto Rondon foi ‘integração’: “Integração geográfica, social e econômica. Integração também de pensamento, de atitudes, de classes e gerações. Integração no plano material e ideológico para o trabalho comum de construção de um novo Brasil” (Brasil, 1972: 5).

Após uma experiência-piloto, realizada em Rondônia, em 1967, da qual participaram 31 estudantes de medicina, engenharia, geociências, e documentação e comunicação, o Projeto Rondon foi efetivamente implantado a partir do já citado decreto n. 62.927, que criou o ‘Grupo de Trabalho Projeto Rondon’, responsável pela sua condução. Compunham este grupo representantes dos seguintes órgãos: Ministério do Interior, Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Marinha, Ministério do Exército, Ministério da Aeronáutica, Ministério dos Transportes, Ministério da Agricultura, Ministério do Planejamento e Coordenação Geral, Ministério da Saúde, Movimento Universitário de Desenvolvimento Econômico e Social (Mudes), Conselho de Reitores (representando as entidades de ensino superior) e a então Universidade do Estado da Guanabara (UEG), em função de sua participação pioneira na experiência-piloto.

Em novembro de 1970, o decreto n. 67.505 transformou o ‘Grupo de Trabalho Projeto Rondon’ em órgão autônomo da administração direta, subordinado ao Ministério do Interior, com autonomia administrativa e financeira, passando a denominar-se simplesmente ‘Projeto Rondon’ (Brasil, 1970). Sua autonomia financeira foi assegurada por meio da instituição de um fundo específico, o Fundo do Projeto Rondon (FunRondon). Cinco anos depois, em dezembro de 1975, a lei n. 6.310 alçou o Projeto Rondon à categoria de Fundação, ainda subordinada ao Ministério do Interior, mas com orçamento e patrimônio próprios e personalidade jurídica de direito privado, passando a denominar-se Fundação Projeto Rondon, tendo sido extinto o FunRondon. A mesma lei estabeleceu como objetivos básicos do Projeto Rondon:

I - no campo do desenvolvimento e da integração nacional:

a) colaborar com o Ministério da Educação e Cultura na organização, implantação e coordenação de estágios de estudantes, no interior do país;

b) colaborar na execução da política de integração nacional, em consonância com os planos de desenvolvimento;

c) promover ou participar de programas de desenvolvimento comunitário com as populações interioranas.

II - no campo do mercado de trabalho e mão-de-obra:

a) promover, com os estágios de universitários, o conhecimento das condições do interior do país, abrindo perspectivas para a interiorização e fixação de técnicos de nível superior nas áreas em que atuarem;

b) desenvolver, junto às populações carentes, o treinamento especializado de nível médio, incentivando o mercado de trabalho e o aprimoramento da mão-de-obra qualificada;

c) promover, juntamente com os órgãos especializados, a abertura de novos mercados de trabalho;

d) promover a interiorização de técnicos em áreas menos desenvolvidas do Território Nacional.

III - no campo da pesquisa e preparação de recursos humanos:

a) contribuir para a promoção, coordenação e realização de pesquisas voltadas para o conhecimento da realidade nacional;

b) contribuir para a preparação dos recursos humanos necessários ao desenvolvimento. (Brasil, 1975a)

Considerado como atividade curricular voluntária, o estágio no Projeto Rondon incluía a participação dos corpos discente e docente na preparação e no planejamento das atividades. Os estágios deviam ser prestados no período das férias escolares, nos meses de janeiro ou julho. Dessa forma, a cada seis meses, novas equipes integravam projetos específicos.

O Projeto possuía uma estrutura de funcionamento baseada em uma coordenação geral, de âmbito nacional; e coordenações regionais, estaduais e de área. Para consolidar seus objetivos, foram criados diferentes programas e operações, vinculados a quatro grandes eixos: ‘Conhecimento da realidade nacional’, ‘Integração nacional’, ‘Desenvolvimento’ e ‘Interiorização’.

Com relação às operações, além daquelas de caráter nacional (realizadas nas férias de janeiro e fevereiro, de execução complexa e elevado custo), foram criadas as operações regionais (executadas nas férias do meio do ano, de realização mais simples e menor custo), organizadas e operacionalizadas pelas coordenações estaduais; e as operações locais (em qualquer época do ano e quase sempre por iniciativa das próprias universidades) (Rodrigues, s.d.).

Ainda segundo Rodrigues (s.d.), pouco a pouco, a universidade, como instituição, foi assumindo uma maior participação nas atividades do Projeto Rondon, sendo o 'Campus avançado' a forma como se materializou esse maior envolvimento direto. Os Campi avançados funcionavam como extensões das universidades, na condição de locais de estágios, em pontos estrategicamente selecionados nas regiões menos desenvolvidas do país. Sua criação tinha um duplo objetivo: 1) propiciar aos universitários o aprendizado por meio da prestação de serviços técnico-profissionais a partir de programas supervisionados por docentes, em contato com a realidade local, proporcionando a interiorização do ensino universitário e da tecnologia; 2) transformar as regiões onde se desenvolviam esses estágios em pólos de desenvolvimento integrado, com a articulação entre órgãos da administração local e regional. Os Campi avançados funcionavam, assim, como órgãos de assessoramento de pesquisa, experimentação, planejamento e execução dos projetos que ali se desenvolviam.

Em seminário promovido em 1979 para avaliar os primeiros dez anos do Projeto Rondon, alguns aspectos do funcionamento dos 'Campi avançados' foram objeto de críticas por parte do Conselho Federal de Educação (CFE):

> em muitos casos, os 'Campi' avançados de universidades de outras regiões do país que se situam na Amazônia operam praticamente como enclaves culturais, algo que se torna isolado, que não se comunica, que não se articula com as suas congêneres locais e que, conseqüentemente, não as beneficia, ou que as beneficia numa escala muito reduzida (...) a preocupação fundamental seria a de rever este tipo de presença de universitário do sul, do sudeste do país, por exemplo, na Amazônia. (...) as universidades do sul e do sudeste do país se beneficiariam de uma vivência que o corpo docente, os administradores, os alunos das universidades locais lhes poderiam transmitir em razão da própria origem, do próprio

fato de ali terem nascido e se criado na região e, portanto, de estarem nela culturalmente integrados. Em alguns casos temos notícias de situações surgidas com vinda de universitários de grandes centros urbanos do país para pequenas comunidades do interior, em que esse simples transplante de pessoas que têm uma outra origem e que vêm de outro ambiente cultural cria, em determinadas situações, um verdadeiro choque cultural, às vezes profundo e nem sempre fácil de controlar. (CFE, 1979: 36)

Como decorrência das Operações Nacionais e da atuação dos 'Campi avançados', os programas de interiorização passaram a ser incentivados. Com base em estímulos para a interiorização de profissionais de nível superior, esses programas eram destinados tanto para os profissionais liberais quanto para os servidores públicos que desejassem atuar junto às prefeituras e aos órgãos da administração estadual e federal existentes na região. Essa atuação se dava mediante um vínculo salarial com o Projeto Rondon, por um período máximo de 12 meses. Além disso, havia incentivos para apoio a esses profissionais, como créditos especiais para aqueles que desejassem permanecer com seu exercício profissional nesses municípios ou regiões, destinados à aquisição da casa própria, de equipamentos para consultórios/escritórios ou para a implantação de atividades econômicas privadas (Rodrigues, s.d.).

Os programas de interiorização foram intermitentes durante a trajetória do Projeto Rondon, enfrentando problemas debatidos no seminário anteriormente citado e assim então resumidos pelo CFE:

> O problema do Brasil no setor de saúde, para exemplificar, não consiste em apenas formar mais médicos, mas distribuí-los de maneira adequada pelas regiões mais carentes desses profissionais. Mas o médico não atua sozinho, precisa apoiar-se numa infra-estrutura operacional que envolve, além de outros, os Ministérios da Educação e Cultura, do Interior e da Saúde. O problema se coloca não apenas em relação à medicina, mas a várias áreas onde existem profissionais formados e sem emprego, concentrados nas grandes cidades, e, de outra parte, inúmeras regiões totalmente desassistidas. Esse é um aspecto que diz respeito a este Conselho – e é essa a tática que estamos procurando adotar – que é a de colocar os cursos onde profissionais respectivos devem ser formados, onde exista para eles, mercado de trabalho.

> A questão da interiorização do profissional não é, pois, apenas do Projeto Rondon, mas também do Conselho Federal de Educação, procurando, além da elevação do nível cultural das regiões interioranas, assegurar trabalho aos profissionais de nível superior e assistência às populações necessitadas. (CFE, 1979: 35)

O tema manteve-se como permanente preocupação no âmbito do Projeto Rondon, como é possível constatar em outras intervenções, no mesmo seminário, como esta:

> no que diz respeito à fixação, à interiorização – (...) uma das preocupações que estão sendo reativadas dentro do Projeto Rondon – já agora do profissional formado (...) este é evidentemente um desafio que extrapola ao âmbito específico de atuação do Projeto Rondon. (...) há pelo menos três ou quatro anos realizam-se no MEC estudos, posteriormente discutidos com outros ministérios e levados à consideração do Estado-Maior das Forças Armadas, sobre a possibilidade de se articular, como que de se acoplar a legislação do serviço militar obrigatório, à criação de um Serviço Civil Social. Assim se propôs chamar a época em que o universitário cumpriria os seus deveres para com a legislação militar, substituídos pela prestação, por um período a ser fixado e que poderia ser de um ou dois anos, de um serviço profissional, após formado, às comunidades interioranas. Isto poderia garantir, em primeiro lugar, a presença permanente do profissional na região, embora com a sua substituição periódica e regular, em determinados campos de atividades nessas comunidades mais desassistidas do interior, evitando-se, assim, o inconveniente da falta de continuidade por ausência de novos candidatos voluntários para substituírem os que se encontravam participando de programas dessa natureza. Enfim, um sistema de incentivo, de estímulos que podem assumir muitas formas e que podem, a par desses casos de voluntariados e de decisão pessoal de permanecer definitivamente no local, onde o jovem esteve ainda como universitário, assegurar a presença permanente dos profissionais de que a comunidade precisa para garantir um nível de vida mais digno, menos carente das coisas mais básicas de que uma população tem necessidade. (CFE, 1979: 36)

Além do Serviço Civil Social obrigatório, outras propostas foram sugeridas no evento: 1) vincular a fixação e a interiorização do

profissional oriundo do ensino universitário público e gratuito a um determinado número de anos de prestação de serviços; 2) criar incentivos para estimular empreendimentos em diversos setores da economia, nas áreas mais carentes e desfavorecidas; 3) instituir o Serviço Cívico Social, de caráter voluntário, mediante estímulos e benefícios, como isenções de serviços e oferta de facilidades em termos de futuro profissional (CFE, 1979).

Com o término do regime militar, em 1984, e o início do processo de redemocratização do país, o Projeto Rondon entrou em processo de extinção, encerrando suas atividades em 1989. Na avaliação de Rodrigues (s.d.), além do esvaziamento político em torno da doutrina que fundamentava o Projeto, gerado pelo novo contexto político do país, outros fatores foram decisivos para sua extinção:

> As utilizações indevidas de suas estruturas, os abusos no manuseio dos recursos financeiros para outros fins, aproveitando-se as facilidades administrativas que o Projeto oferecia, os desvirtuamentos de suas finalidades, que passaram a ocorrer desde então, além das diversas ações de pretexto investigatório que se desenvolveram visando alguns de seus dirigentes na ocasião, tinham, na realidade, como objetivo, desacreditar o movimento junto à opinião pública. Apenas como um exemplo desse desvirtuamento, citamos o 'rateamento' de seus cargos de direção entre os diferentes partidos políticos que apoiavam o governo que se instalava. Cresceram os 'apetites políticos' e o Rondon 'era um prato cheio'.... inclusive pelos dividendos políticos que o próprio cargo de Presidente da Fundação oferecia. (Rodrigues, s.d.: s.p.)

Durante seus 22 anos de existência, o Projeto Rondon contemplou milhares de municípios – majoritariamente localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste – que receberam atendimentos e serviços nas áreas de saúde, educação, agropecuária, engenharia, arquitetura e outras. Participaram do Projeto cerca de 350 mil universitários e 13 mil professores. Na área da saúde, foram realizados atendimentos médicos, odontológicos, de enfermagem, vacinação, combate a endemias, pesquisas, planejamento e educação sanitária (Brasil, 1972; Rodrigues, s.d).

Do ponto de vista político, a principal crítica ao Projeto Rondon consistiu em classificá-lo como "'**um movimento criado pelos governos militares para anestesiar a juventude universitária**

(...)'; ou então, '**como uma forma fascista de mobilização dos jovens** (...)', ou ainda, '**como um instrumento da propaganda oficial do autoritarismo** (...)'". (Rodrigues, s.d., s.p. – grifos do autor).

Do ponto de vista técnico, as críticas recaíam sobre o curto tempo de permanência dos universitários nas comunidades, além do fato de que, dado seu caráter voluntário, havia dificuldades para evitar a descontinuidade de participação de estudantes de alguns cursos, como por exemplo, de medicina: "(...) esse trabalho no período escolar é um trabalho efêmero, é um trabalho condicionado, estando o jovem preocupado em concluir o seu curso" (CFE, 1979: 32).

Rodrigues (s.d.) considera que a decisão de extinguir o Projeto Rondon não esteve embasada em uma avaliação rigorosa das ações, programas, metodologias e resultados obtidos:

> Faltou uma **postura de estadista** na sua avaliação, antes da decisão de extingui-lo. Não se entrou no mérito de sua expressão sócio-cultural; de sua dimensão geopolítica e estratégica (...).
>
> Até o esvaziamento do princípio do **trabalho voluntário** – tão escasso na postura cultural do brasileiro, e praticado intensamente pelos participantes do Projeto Rondon naqueles 22 anos – foi realizado sem a menor preocupação.
>
> Ao ser extinto o Projeto Rondon, não se considerou, também, o desperdício de recursos financeiros que se estava praticando, com a **dilaceração de seu espólio**, pelo abandono completo, ou cessões improvisadas das instalações e equipamentos dos vinte e três 'Campi Avançados'. Além disso, vale lembrar o desperdício do **capital humano** que se pôs em prática ao 'encostar' em outros órgãos, para funções meramente burocráticas ou de finalidades completamente diferentes, os quadros técnicos da Fundação Projeto Rondon, desprezando-se todo o conhecimento e experiência acumulada por esses profissionais em 22 anos de trabalho com jovens, no incentivo ao trabalho voluntário, e com amplo conhecimento e vivência dos graves problemas sociais das regiões mais carentes do País, e que, além de tudo, gozavam de um alto conceito junto à sociedade como um todo.
>
> Não se contesta o direito que tinham os novos responsáveis pela condução dos destinos do País de redirecionar e reformular muitos dos programas e procedimentos administrativos que eram adotados

pelo Projeto Rondon, de modo a melhor adequá-los aos objetivos e interesses dos projetos que pretendessem implantar. A própria denominação de **projeto** mantida pelo movimento, e que seus participantes tanto fizeram questão de preservar, pressupunha que o mesmo era ainda um plano, um desígnio em andamento, e como tal, admitindo sempre a possibilidade e necessidade de constantes avaliações nos seus objetivos e formas de atuação, não apenas para a correção dos desvios que viessem a se constatar no seu desempenho, como também para a introdução de aperfeiçoamentos para que suas atividades melhor se ajustassem às circunstâncias conjunturais de cada momento, inclusive respondendo de forma mais adequada aos novos anseios e motivações que os jovens viessem a apresentar.

Antes de extingui-lo, o mínimo que se poderia esperar seria **uma simples avaliação** sobre os resultados de sua atuação. (...)

Entretanto, a ânsia 'revisionista' e o açodamento em procurar modificar ou acabar com tudo que pudesse ser classificado como '**entulho do autoritarismo**, predominou sobre o mínimo de bom senso (...). (Rodrigues, s.d., s.p. – grifos do autor)

Durante a ditadura militar, além do Projeto Rondon, outro programa de interiorização – dessa vez específico para a área de saúde – foi implantado pelo governo brasileiro: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass).

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)

Durante o governo militar, o Estado brasileiro estruturou sua atuação por meio de planos nacionais de desenvolvimento. O primeiro desses planos, conhecido como I PND e proposto para o período 1970 a 1974, estipulava a integração das ações de saúde aos programas de desenvolvimento como condição necessária para o crescimento econômico e social do país. O II PND, aprovado para o período 1975-1979, manteve o foco no desenvolvimento integrado, colocando a 'saúde' e a 'educação' como áreas prioritárias.

Como decorrência do II PND, o setor saúde foi reorganizado, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, por meio da lei n. 6.229, que definiu responsabilidades para os ministérios

da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação, do Interior, do Trabalho, além de estados e municípios.

Dois meses depois, foi realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde, que trouxe como um dos cinco temas centrais a extensão das ações de saúde às populações rurais. Em seu relatório final, constatava-se que 50% da população do país vivia em áreas rurais, com precárias condições de vida e pouco acesso às ações de saúde e saneamento, enfatizando-se que:

> Tal situação justifica a decisão do Ministério da Saúde de expandir as ações de saúde às populações rurais, de acordo com os recursos humanos disponíveis e a participação ativa da comunidade rural e das administrações municipais.
>
> É indispensável, pois, fazer chegar a esta parcela apreciável da população que vive em áreas rurais, e à qual caberá destacada participação no setor agrícola e na colonização de novas áreas, um mínimo de prestação de serviços de saúde.
>
> (...) seria utópico imaginar que a extensão das ações de saúde ao meio rural poderia ser obtida nas próximas décadas, por intermédio da atuação permanente e direta de médicos, enfermeiros, veterinários, engenheiros e dentistas, entre outros (...).
>
> o caminho a seguir será recorrer aos auxiliares devidamente capacitados para exercerem uma série de funções delegadas, com supervisão e apoio periódico da enfermeira da área e do médico, para atividades assim programadas (...). (Brasil, 1975b: 256-258)

Esse diagnóstico e a estratégia proposta de compensar a falta de médicos e outros profissionais de nível superior com 'auxiliares devidamente capacitados' encontravam respaldo da Opas, cujo então diretor, no discurso de encerramento da Conferência, afirmou:

> Temos o propósito de encarecer os governos a descartarem a idéia de 'qualidade primeiro, extensão depois'. As atividades de colaboração da organização [Opas] devem ter por finalidade estender a cobertura dos serviços de saúde a todas as pessoas às quais possam chegar, com todos os meios, a seu alcance. Só quando houver sido atingido este objetivo, é que se deve facilitar um serviço da mais alta qualidade possível, mas sem comprometer o objetivo imediato que é a cobertura total. (Brasil, 1975b: 317)

Foi nesse contexto e "com a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população" que se deu a criação, em 1976, do Piass, pelo decreto n. 78.307 (Brasil, 1976a).

O Programa, inicialmente, focou a expansão dessa estrutura básica de saúde pública na Região Nordeste e posteriormente em todo o país, tendo como diretrizes:

> I - ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;
>
> II - ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais freqüente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados;
>
> III - encaminhamento a serviços especializados;
>
> IV - disseminação de unidades de saúde tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos;
>
> V - integração em nível dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde;
>
> VI - ampla participação comunitária;
>
> VII - desativação gradual de unidades itinerantes de saúde a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente. (Brasil, 1976a)

Os recursos destinados ao Piass provinham do Ministério da Saúde, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan) e do Programa de Integração Nacional (PIN). Estados e municípios também contribuíam, a título de contrapartida, com recursos recebidos para ações de saúde e saneamento do Fundo de Participação de Estados e Municípios (FPE e FPM). A Previdência Social também destinou recursos ao Programa, cujo decreto de criação definiu que o então Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (Funrural) deveriam remanejar para o Piass os recursos destinados à assistência médica nas áreas de atuação do Programa.

Coordenado por um Grupo Executivo Interministerial (Gein), composto pelos ministérios da Saúde, Previdência, Interior e pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, o Piass foi criado com duração prevista de quatro anos (até dezembro de 1979). Posteriormente, foi proposta e aprovada sua expansão para todo o país, estendendo-se esse prazo para 1985.

Além da implantação de unidades básicas de saúde, o Programa previa, ainda, dois outros tipos de ação: 1) a instalação de saneamento básico, por meio de sistemas simplificados de abastecimento de água, remoção de dejetos e destino do lixo; 2) o desenvolvimento de "ações coordenadas com programas de desenvolvimento sócio-econômico, sobretudo no que se refere ao aumento da disponibilidade e adequada utilização de alimentos essenciais" (Gein/Piass, 1977).

Para executar o conjunto de ações previstas, o Piass recorria à ampla utilização de pessoal de nível médio e elementar, incluindo auxiliar de saúde, auxiliar de saneamento, inspetor de saneamento, atendente de enfermagem e outros, recrutados nas próprias localidades de atuação e devendo trabalhar sob supervisão constante, com apoio técnico e administrativo das unidades de saúde mais complexas.

O Programa foi estruturado com uma lógica modular de organização, cujo componente essencial era o 'módulo básico', definido como "um conjunto formado por Postos de Saúde localizados em comunidades rurais, apoiados por uma unidade de maior porte, geralmente um Centro de Saúde, situado na sede do município". (ST/Gein/Piass, 1980). O posto de saúde constituía-se como uma "unidade simples operada por Auxiliar de Saúde de nível elementar, especialmente treinado para a execução de ações básicas de saúde", e o centro de saúde, como "unidade mais complexa, com atendimento médico permanente e laboratório básico, responsável pela supervisão e apoio aos Postos de Saúde" (ST/Gein/Piass, 1980).

Em geral, o módulo básico correspondia a um município e era composto por um centro de saúde, dimensionado para atender a 6.000 habitantes e dar apoio logístico e atendimento de referência para até três postos de saúde, localizados em distritos, vilas e povoados e preparados para atender no máximo 2.000 habitantes, cada um.

A execução do Piass esteve a cargo das secretarias estaduais de saúde, com participação das companhias estaduais de saneamento, das secretarias de obras, das prefeituras e de organizações comunitárias.

O programa gerou um expressivo crescimento da rede ambulatorial que registrou, entre 1975 e 1984, um aumento de 1.255% (Mendes, 1993). Essa expansão e as condições políticas favoráveis ao Programa – que além de atender as parcelas desassistidas da população ainda o fazia com importante racionalização de recursos – fizeram com que o Piass fosse "deixando de ser uma proposta essencialmente de programa complementar, 'marginal' dentro do quadro da atenção à saúde do país, para tornar-se um projeto de prestação de serviços alternativa, abrangendo o atendimento a parcelas majoritárias da população" (Rosas, 1981: 137).

Na avaliação de Rosas (1981: 137), essa passagem "de programa complementar a modelo de prestação de serviço em condições de disputar a hegemonia do setor com o modelo previdenciário" pode ser entendida como:

> conseqüência natural da busca de alternativas diante da crise do modelo previdenciário (baseado na compra de serviços) (...). Essa crise é agravada com o crescimento progressivo das pressões sociais, resultante de maior organização e poder de pressão das camadas sociais (...) reivindicando, entre outras coisas, a ampliação da assistência à saúde (...).

Ainda assim, o Relatório de situação, de 1981, elaborado pelo Ministério da Saúde, admitia que o mais difícil na implantação do Programa era a "manutenção adequada da rede de unidades em funcionamento e isto subentende que as unidades de saúde devem estar prestando serviços permanentemente. A população deve ter acesso aos serviços e estes serviços devem ser de boa qualidade" (Brasil, 1981: s.p.).

Além disso, ao basear a extensão de cobertura não na interiorização de médicos, mas no trabalho de pessoal auxiliar, o Piass viu comprometidas as chances de ampliar mais do que a rede de serviços básicos, mas também a qualidade da atenção à saúde. Felipe (1987: 488-489) destaca alguns limites e incongruências do Programa:

> Havia um distanciamento entre o discurso moderno e a viabilidade operativa, permeada por estruturas administrativas viciadas, afeitas ao clientelismo e à inoperância. O eficientismo propunha 'custos compatíveis' ou 'suportáveis' em nome da replicação de serviços de baixa qualidade, restritos à ampliação

> de uma rede de centros e postos de saúde pouco resolutiva. A utilização de pessoal leigo, após treinamentos sumários e descontínuos, significava a decomposição da ação assistencial segundo graus de complexidade: ações mais simples, supostamente repetitivas, executadas por trabalhadores de saúde menos qualificados, preferencialmente entre as populações sem tradição assistencial e desorganizadas, portanto menos exigentes. O resultado foi a instituição de uma medicina pobre, para pobres.
>
> A estratificação do atendimento, conforme a inserção das camadas sociais no mercado produtivo, e o beco sem saída da rede primária sem referência, foram rechaçados pela população, que repudiou tal estrutura. O desaparecimento ou a agonia dos serviços, superada a excitação do processo de implantação, acabou sendo trágica, com o desperdício de capital social inativado em milhares de ambulatórios.

Como aspectos positivos do Programa, o mesmo autor destaca:

> O avanço, a nível de concepção, passou pela ambição em termos de cobertura de massa e abrangência da intervenção realizada, que incorporou ações de saneamento básico. A implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água em comunidades rurais praticou o reconhecimento de que a saúde se liga à qualidade de vida. Também a realização maciça de obras através dos governos municipais, com êxito considerável, contribuiu para o recuo dos preconceitos quanto à descentralização. A administração municipal diluiu-se enquanto *locus* privilegiado de dispersão de recursos públicos.
>
> A abrangência nacional, com a extensão do Piass a outras regiões do País, fez aglutinar segmentos interessados no fortalecimento do setor público na prestação de serviços de saúde. (Felipe, 1987: 488-489)

Esses aspectos foram decisivos para o surgimento de novas proposições para o setor, estimuladas, ainda, pela crise do financiamento previdenciário e pela recessão econômica. Mas na prática a viabilização de novas formulações "mostrava-se difícil, pelo comprometimento institucional com o modelo engendrado, que implicou no desmonte ou estagnação dos serviços públicos (...)" (Felipe, 1987: 489).

Apesar da vitalidade e da pressão dos setores interessados na manutenção do modelo previdenciário de atenção à saúde ainda terem se mostrado dominantes, essa nova orientação se consagrou na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, que teve como tema central "Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos". Na Conferência, o Ministério da Saúde, ao apresentar suas diretrizes, definiu os serviços básicos de saúde como "núcleo axial e ordenador" de suas ações e propôs a elaboração de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), de caráter interministerial, que deveria orientar todos os demais programas e atividades do ministério. Segundo essas novas diretrizes, o Piass se constituiria como uma "fase inicial" do Prev-Saúde, devendo a ele se integrar "como componente rural e de pequenos centros" (Brasil, 1980).

No entanto, o próprio Prev-Saúde não saiu do papel e com ele levou o Piass. Mendes (1993: 34-35) resume o que ocorreu:

> O projeto [Prev-Saúde] tinha como objetivo básico a extensão máxima da cobertura, para o que apresentava temáticas discursivas como regionalização e hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema.
>
> A primeira versão, feita em agosto, incorporava, portanto as diretivas de organismos internacionais e do movimento sanitário, mas, como fruto da transição democrática, continha o viés de elaboração tecnocrática.
>
> As restrições que, num primeiro momento, sofre dentro da própria burocracia estatal, remete a uma segunda versão, dita de setembro, que a reduz a uma proposta racionalizadora do modelo vigente.
>
> O projeto, colocado em debate público, sofreu contestações de nítido caráter ideológico de todos os grupos interessados na questão da saúde e é então analisado pela Ciplan e encaminhado à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados de onde não mais sairia.

Encerrava-se, assim, a trajetória do Piass, já como conseqüência dos embates que a arena política do processo de redemocratização propiciava. A discussão sobre o setor saúde, por meio de seus respectivos grupos de interesse, chegava finalmente ao Poder Legislativo, que passaria a ter papel decisivo nos rumos do setor daí em diante.

Estratégias Pós-Redemocratização

Em 1978, ainda durante o governo militar, começa o processo de redemocratização do país, com o fim do Ato Institucional n. 5 (AI-5), a gradual restituição dos direitos democráticos, a decretação da lei da Anistia – concedendo o direito de retorno ao Brasil para os exilados e condenados por crimes políticos – e a aprovação, pelo governo, da lei que restabeleceu o pluripartidarismo no país, em 1979.

Nesse novo contexto político, foram criadas duas intervenções com foco na interiorização: o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits).

O Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus)

O Pisus foi proposto em novembro de 1993, ou seja, cinco anos após a promulgação da Constituição de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). No documento que apresenta o Programa, criado pelo Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde, da então Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, o problema a ser enfrentado e a estratégia proposta são assim contextualizados:

> Estamos em uma época, com princípios constitucionais em defesa do direito universal à saúde: a descentralização, a responsabilidade tripartite das três esferas de governo, a democratização da gestão e a participação popular. É toda uma legislação de suporte de reforma do Estado. A proposta ora apresentada insere-se neste contexto. Estamos partindo para uma solução de coparticipação das três esferas de governo tendo como base a municipalização. Fugimos da idéia de um programa verticalizado e mantido através da tutela federal. Este programa está dentro do princípio da cooperação técnica e financeira da União e estados para que os municípios, que não dispõem de serviços de saúde, tenham condições de assumirem esta competência constitucional (...).
>
> Temos certeza de que os fatores que sempre condicionaram a presença ou não dos serviços de saúde em determinado local, não estarão de *per si* vencidos com esta proposta. Mas apostamos

> igualmente, que através dela poderemos estar minimizando o problema. Não estamos defendendo apenas a interiorização do profissional médico, mas sim de uma equipe mínima de saúde, com suporte através de uma pequena unidade de saúde com instalações mínimas e equipamentos essenciais. Não será a simples presença de um médico que fará a interiorização da saúde. Entretanto, a história de nosso país mostra que foi a presença do médico, por primeiro, quem garantiu, na maioria dos municípios brasileiros, a interiorização de outros profissionais de saúde. A partir do médico foram surgindo outras necessidades e respostas: a unidade de saúde, os profissionais de apoio, os demais profissionais, até se constituir uma equipe completa.
>
> Se hoje o Ministério da Saúde tem como seu projeto principal o cumprimento da lei e a efetivação da descentralização, é no bojo deste projeto que se encaixa este programa. Não é mais um programa paralelo e descolado do restante: faz parte integrante da descentralização e da municipalização. Enquadra-se na proposta de fazer com que haja no município um gestor único que se habilita a, paulatinamente, ir assumindo suas funções gerenciais sob o controle da sociedade à qual serve (Brasil, 1993b: 4-5)

O Pisus foi estruturado em quatro subprogramas: 'Unidades de Pronto Atendimento'; 'Interiorização do Médico'; 'Interiorização do Enfermeiro'; 'Agente Comunitário de Saúde'.

O subprograma de 'Unidades de Pronto Atendimento' tinha como objetivo prover uma unidade de saúde, em cada município contemplado, com condições mínimas de funcionamento, e equipada com sala de imunização, consultório médico, sala de enfermagem, sala de emergência, sala de parto, mínimo de dois leitos de observação, e instalações de apoio. Este subprograma pretendia que paulatinamente fossem acoplados outros equipamentos, como consultório odontológico, laboratório, raios X etc.

Os custos para a reforma ou construção de unidades de saúde ficariam a cargo do Ministério da Saúde e dos Estados, na proporção de 50% para cada um. "A Funasa, que mantém inúmeros serviços de saúde em regiões carentes, terá responsabilidade de colocar sua rede física própria, em condições de funcionamento como pré-requisito para o processo de descentralização em curso" (Brasil, 1993b: 13).

A meta do subprograma de 'Interiorização do Médico' consistia na fixação de pelo menos um médico, com residência, no respectivo município participante do programa. Os formuladores do Pisus não desconheciam a dificuldade de alcançar esta meta:

> Muitos alegam que dificilmente se vá conseguir a presença do médico como morador do local. Acham que questões culturais, sociais e o próprio acesso às facilidades do progresso acabam por interferir, se não no médico, com certeza em seus familiares, de modo a se constituir em óbice irremovível a sua fixação nestes locais. Isto pode ser verdadeiro na tese e na prática, mas vamos investir na criação das condições técnicas mínimas para neutralizar estes óbices. Em primeiro lugar: condições de instalações físicas, interiorização de equipe mínima e pagamento justo pelo ônus. (Brasil, 1993b: 7-8)

Para viabilizar esse 'pagamento justo', o Ministério da Saúde propunha-se a garantir ao gestor municipal os recursos financeiros para a remuneração de honorários aos médicos. Mediante um contrato formal entre o município e o profissional, a remuneração se daria pela modalidade de pagamento por produção. Para isso, o Ministério se comprometia a realizar o pagamento por produção de consultas pelo dobro do valor vigente da tabela SUS.

No caso de ocorrer a interiorização de uma dupla de médicos, o contrato e a remuneração deveriam ser divididos, com cargas horárias de 20 horas semanais. "A garantia do Ministério da Saúde é de pagamento deste total de consultas em valor duplo. O gestor municipal poderá fazer forma de pagamento por produtividade baseado nos valores de tabela de outros procedimentos" (Brasil, 1993b: 8).

Os subprogramas 'Interiorização do Enfermeiro' e 'Interiorização do Agente Comunitário de Saúde' tinham como objetivo garantir a presença desses dois profissionais na equipe. A remuneração dos enfermeiros também deveria se dar por meio da transferência de "recursos de produção suficientes, baseados em valores das ações de enfermagem, para que se garanta ao gestor municipal a possibilidade de pagar por contrato ao enfermeiro um mínimo de 10 salários mínimos" (Brasil, 1993b: 9). No caso dos agentes comunitários de saúde, os municípios teriam que efetuar um contrato por até três anos, com recursos também provenientes de pagamento por produção, com base na tabela de ações

específicas dos agentes, garantindo-se remuneração mínima de um salário mínimo.

Caberia aos municípios garantir a moradia para médicos e enfermeiros, complementar o pessoal mínimo necessário para a unidade de saúde (auxiliar de serviços gerais, auxiliar de escritório e motorista e/ou barqueiro) e o transporte intermunicipal de pacientes, por meio de ambulância ou barco.

As secretarias estaduais de saúde teriam a responsabilidade de monitorar os municípios, "oferecendo todo o apoio e cooperação técnica. As SES estarão presentes desde a implantação, na habilitação para que estes municípios assumam algum nível de gestão segundo a NOB 01/93 e no acompanhamento através de equipe técnica" (Brasil, 1993b: 14). Também deveriam garantir todo o material de consumo, incluindo medicamentos, vacinas e material médico e de enfermagem.

A implantação do Pisus estava prevista para ocorrer inicialmente na Região Norte, cobrindo 398 municípios localizados nos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, totalizando uma população de 2.035.000 habitantes (Brasil, 1993c:1). Pretendia-se que após uma avaliação da implantação nestes estados, o Programa fosse estendido, em um prazo máximo de 180 dias, para outras regiões que apresentassem a mesma carência. Estes novos municípios seriam selecionados com a intermediação das secretarias estaduais de saúde:

> Os Estados que estiverem interessados neste programa apresentarão estudos ao Ministério da Saúde demonstrando os municípios que não dispõem de nenhum médico, ou de apenas um médico (situação à qual estenderemos o Programa), e aqueles que dispõem de distritos, distantes da sede, que não têm médico. A primeira e segunda situação serão atendidas de pronto e a questão dos distritos dependerá de avaliação a partir do relatório apresentado pelos Estados.
>
> As SES, igualmente, apresentarão relatórios sobre a rede física nestes locais. A existente e em que condições se encontra e a não existente qual seria a proposta de edificação. Levantamento de custos e cronograma de obras com a contrapartida estadual. (Brasil, 1993b: 17)

No entanto, os formuladores do Pisus não atentaram para os riscos que a efetiva implantação do Programa corria, por ter sido proposta no

último ano do mandato do governo vigente. Com as eleições presidenciais de outubro de 1994, ou seja, 11 meses após o anúncio do Programa, o Pisus foi abandonado como estratégia de intervenção pelo novo governo, tendo sido extinto pouco mais de um ano depois de sua criação.

Não houve pressão social para que o Programa fosse mantido, uma vez que não havia sequer sido efetivamente implantado. Da mesma forma, faltou apoio político para evitar sua extinção, o que pode ser explicado, em parte, por se tratar de uma proposta originária de outra gestão e pelo baixo grau de articulação com instâncias decisivas para a implantação de estratégias de interiorização, tema que, como já vimos, admite inúmeras e distintas concepções políticas e de compreensão do problema.

Na avaliação de um dos atores entrevistados em estudo realizado por Goulart (2002: 117), "foi uma experiência que fracassou por ter sido articulada junto aos Estados e não diretamente com os municípios, ao contrário do Pacs e do próprio PSF, que tiveram tal componente bem definido e, por isso mesmo, outra trajetória".

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits)

Foi com o intuito de promover maior e melhor distribuição de médicos e enfermeiros no país, aperfeiçoar a formação desses profissionais e impulsionar a atenção básica via Programa de Saúde da Família (PSF), que o Ministério da Saúde criou, em 2001, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) (Brasil, 2001a).

A proposta foi elaborada por grupo de trabalho criado pela portaria n. 1.162, de 18 de outubro de 2000, constituído por representantes dos ministérios da Saúde e da Educação, dos conselhos nacionais de secretários estaduais e municipais de saúde (Conass e Conasems), da Opas, do Programa Comunidade Ativa e de entidades ligadas às áreas de enfermagem e de medicina (Conselho Federal de Medicina – CFM; Associação Médica Brasileira – AMB; Conselho Federal de Enfermagem – Cofen; Associação Brasileira de Enfermagem – Aben; Associação Brasileira de Educação Médica – Abem e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – Denem) (Brasil, 2000).

O Programa foi instituído pelo decreto n. 3.745, de 5 de fevereiro de 2001, e regulamentado pela portaria n. 227, de 16 de fevereiro de

2001 (Brasil, 2001a, 2001b). Contando com uma coordenação nacional no Ministério da Saúde e coordenações estaduais, adotou a mesma estratégia de atuação do PSF (inclusive na composição das equipes, formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a cinco agentes comunitários de saúde). As coordenações estaduais contaram com representantes dos pólos de capacitação do PSF,[8] das representações estaduais do PSF e dos conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

O Pits propunha-se a estimular a ida de médicos e enfermeiros para os municípios mais carentes e distantes, por meio de incentivos financeiros e de formação profissional, assim previstos na portaria n. 227 (Brasil, 2001b):

> – curso introdutório de preparação para o desempenho de suas atividades junto ao Programa, com carga horária de 80 horas;
>
> – tutoria e supervisão continuadas, participação em cursos, material instrucional e bibliográfico;
>
> – curso de especialização em saúde da família, com carga horária de 360 horas, de forma presencial e a distância;
>
> – condições adequadas para o desempenho de suas atividades, tais como instalações, equipamentos e insumos;
>
> – certificado de participação no Programa;
>
> – bolsa mensal, a título de incentivo e ajuda de custo, variando de R$ 4.000,00 a R$ 4.500,00, para médicos, e de R$ 2.800,00 a R$ 3.150,00, para enfermeiros, de acordo com critérios de distância do município de atuação para a capital e vias de acesso, assim definidos pela Coordenação Nacional;
>
> – seguro obrigatório de vida e acidentes pessoais correspondente ao período de participação no Programa;
>
> – moradia, alimentação e transporte para o desenvolvimento de suas atividades.

---

[8] Os pólos de capacitação se destinam à formação, capacitação e educação continuada de recursos humanos para o PSF. Em geral, estão vinculados a universidades e estruturados a partir de uma ou mais instituições de ensino. Sua criação e funcionamento se dão mediante a celebração de convênios entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e/ou municipais de saúde e as instituições formadoras.

A implantação das bolsas para remuneração dos médicos e enfermeiros, com duração de um ano e renováveis por mais um, deu-se mediante a celebração de convênio entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O curso de especialização em Saúde da Família foi encomendado aos pólos de capacitação do PSF e instituições de ensino superior, tendo como objetivos:

> – capacitar os profissionais para o processo de gestão local, com ênfase na concepção de saúde coletiva, seguindo os princípios do SUS;
>
> – aprimorar a capacidade para o trabalho em equipe e multidisciplinar na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde;
>
> – desenvolver conteúdos programáticos que favoreçam o pronto e adequado diagnóstico de doenças prevalentes nas respectivas localidades de trabalho;
>
> – aperfeiçoar a atuação clínica e gerencial de ações para uma apropriada atenção à saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, mediante uma abordagem integral e familiar. As diretrizes pedagógicas centram-se numa metodologia crítico-reflexiva, em que o aluno desempenha um papel ativo na construção de seu próprio conhecimento e atua como agente de mudança. (Brasil, 2001e: 7)

O curso foi realizado em universidades das capitais dos respectivos estados de localização dos municípios. Os gastos com transporte e diárias para o deslocamento dos médicos e enfermeiros integrantes do Pits ficaram a cargo do Ministério, que também arcou com o seguro de vida e de acidentes pessoais para os profissionais.

Além do curso, o Programa previa tutoria e supervisão para os médicos e enfermeiros, realizadas via Internet e/ou por visitas periódicas de acompanhamento. O Ministério da Saúde deveria arcar com o pagamento dos tutores e com os custos de implantação do acesso à Internet e do material didático (livros de enfermagem e medicina sobre atenção básica e ambulatorial). A remuneração dos tutores e supervisores integrava o mesmo convênio com o CNPq celebrado para o pagamento dos profissionais. A tutoria e a supervisão deveriam se dar ao longo dos 12 meses de atuação dos médicos e enfermeiros no Programa, prevendo-

se um tutor médico e um tutor enfermeiro para cada grupo de dez profissionais.

A habilitação dos municípios no Programa se deu mediante a assinatura de termo de compromisso entre a Prefeitura e a Secretaria de Estado de Saúde, homologado pelo Ministério.[9]

Como estímulo para os municípios implantarem o Pits, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da portaria n. 1.069, de 18 de julho de 2001, incentivo financeiro de dez mil reais, por equipe implantada, além de determinar, pela mesma portaria, que cada município também recebesse o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao PSF e que fôra criado pela portaria n. 343, em março do mesmo ano (Brasil, 2001c).

A contrapartida dos municípios compreendeu moradia, alimentação e transporte local para os médicos e enfermeiros, além da disponibilidade de unidade básica de saúde para o desenvolvimento das atividades. Deveriam assegurar, ainda, o quantitativo de auxiliares de enfermagem e de agentes comunitários e suporte para a referência e contra-referência.

O Ministério da Saúde realizou campanha publicitária em jornais, rádios e televisões para divulgar o Pits e convocar os profissionais para o processo seletivo. Essa seleção se deu por meio de avaliação curricular e entrevista. As inscrições foram efetuadas exclusivamente pela Internet, com o preenchimento de um formulário curricular, pontuado eletronicamente segundo critérios pré-definidos por Comissão Nacional de Seleção, instituída pela portaria n. 6, de 21 de fevereiro de 2001 (Brasil, 2001d). No ato da inscrição, os candidatos tinham que primeiro dar o aceite eletrônico ao Regulamento do Programa (Brasil, 2001b), no qual constavam direitos e deveres dos profissionais, do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios.

Também na inscrição, a página eletrônica construída especificamente para o processo seletivo permitia que os candidatos tivessem acesso a informações geográficas, demográficas, econômicas, sociais e de saúde sobre cada município. Com base nesse conjunto de informações, o candidato deveria escolher os municípios de sua preferência, que seria obedecida mediante a ordem de classificação obtida no processo seletivo.

---

[9] A íntegra do termo de compromisso encontra-se disponível em Brasil (2001e).

No primeiro ano, o número de municípios participantes foi de 151 (Brasil, 2001e) selecionados segundo os seguintes critérios (Brasil, 2001a):

- população de até 50 mil habitantes;
- não dispor do PSF;
- apresentar coeficiente de mortalidade infantil igual ou superior a 80/1.000 nascidos vivos;
- ser área de prioridade para o controle de malária, tuberculose ou hanseníase;
- apresentar indicador de consulta médica/habitante/ano igual ou inferior a um;
- ser participante dos programas governamentais Comunidade Ativa ou Projeto Alvorada, de combate à pobreza e à exclusão social.

No primeiro processo seletivo, realizado em fevereiro de 2001, o Pits registrou 15.488 inscrições, sendo 2.370 médicos (15,3%) e 13.118 enfermeiros (84,7%). Foram oferecidas 300 vagas para médico e 300 para enfermeiro (Brasil, 2001e).

Foram classificados para as entrevistas, pela análise curricular eletrônica, 1.200 médicos e 1.200 enfermeiros, correspondendo a quatro candidatos por vaga, por categoria profissional. Observou-se um absenteísmo de 45% dos candidatos, o que, aliado à falta de comprovação curricular, levou a coordenação nacional a convocar, na seqüência da classificação, mais 853 profissionais (777 enfermeiros e 76 médicos), totalizando 3.253 candidatos (Brasil, 2001e). Mais uma vez, registrou-se não comparecimento à entrevista de seleção, falta de comprovação curricular, além de desistências após a aprovação final.

Foram lotados 421 profissionais (70,1% dos 600 previstos), sendo 181 médicos (60,3% das 300 vagas) e 240 enfermeiros (80% dos 300 previstos). O número de equipes por município variava segundo o número de habitantes e a densidade demográfica. Além dos municípios com equipes incompletas (ou seja, sem médico e com enfermeiro), outros vinte não foram escolhidos por qualquer dos profissionais lotados, sendo a maioria localizada na Região Norte, ficando, conseqüentemente, sem equipes (Brasil, 2001e).

A população coberta pelo Programa, em 2001, chegou, oficialmente, a 1.536.827 habitantes (Brasil, 2002e). No entanto, subentende-se que esse número seja menor, já que não foi subtraída a população dos municípios que ficaram sem profissionais.

Em outubro de 2001, devido a desligamentos e desistências de profissionais e a fim de recompor as vagas existentes, foi feito um segundo processo seletivo para médicos e enfermeiros. Foram preenchidas 34 vagas para médico e 29 para enfermeiro (Brasil, 2002f).

Novos desligamentos e desistências ocorreram nos meses seguintes. Com isso, ao se completar um ano de atividade dos profissionais no Pits (junho de 2002), a ocupação do total de vagas para médicos diminuiu de 181 (60,3% das 300 vagas) para 165 (54,1% das vagas). No estado do Amazonas, o percentual de preenchimento das vagas para médicos foi de apenas 14%. Já a lotação de enfermeiros passou de 77% para 81,3% de preenchimento das vagas e só não foi de 100% porque vários prefeitos não aceitaram equipes sem médico (Brasil, 2002f).

Oficialmente, a população coberta passou para 1.590.317, o que representaria um incremento de 3,5% em relação ao início do Programa (que teria sido de 1.536.827 hab., conforme já referido). Entretanto, a mesma observação anteriormente feita é válida também aqui, subentendendo-se que essa cobertura tenha sido menor do que a divulgada, já que apenas 54,1% das vagas para médicos foram ocupadas.

O segundo ano do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde teve início, oficialmente, em agosto de 2002. O Ministério da Saúde publicou duas novas portarias (n. 758 e n. 1.695), com novos dispositivos de regulamentação, a fim de promover ajustes e adequações e ampliar as normas disciplinares (Brasil, 2002b, 2002c).

Também foram alterados os critérios de elegibilidade dos municípios. Houve mudança no recorte do número máximo de habitantes, que passou de 50.000 para 20.000. A Região Norte foi dispensada da exigência de não possuir o PSF. O critério de mortalidade infantil passou a variar de acordo com a região de localização do município. Na Região Norte, esse coeficiente ficou estabelecido em 30 por mil nascidos vivos, com exceção do estado de Tocantins, que ficou em 50/1.000, mesmo coeficiente definido para o Centro-Oeste e para o estado de Minas Gerais (único da região Sudeste contemplado pelo Programa, assim como ocorrera no primeiro ano). Para o Nordeste foi estabelecido coeficiente mínimo de 60 por mil nascidos vivos. Outra

condição passou a ser a ausência de leito hospitalar no município, não exigido para a Região Norte. Os demais critérios permaneceram os mesmos (Brasil, 2002e).

O Ministério abriu novas inscrições para profissionais interessados em participar do Pits e selecionou novos municípios, além de estimular os de 2001 a renovarem sua participação. O novo processo seletivo obedeceu à mesma metodologia do ano anterior, tendo sido registradas 11.635 inscrições, sendo 9.916 enfermeiros e 1.719 médicos (Brasil, 2002e).

O número total de municípios com vagas passou para 216. Desse total, somente pouco mais da metade (56,5%), ou seja, 122 municípios, contavam com profissionais lotados, em junho de 2002 (Brasil, 2002e). Esse número deve-se ao não preenchimento de vagas durante o processo seletivo (absenteísmo na entrevista e falta de comprovação curricular) e desistências e desligamentos ao longo do Programa, tanto de profissionais quanto de municípios.

Os prefeitos e os profissionais que já participavam do Pits desde 2001 foram consultados, pela coordenação nacional, em junho de 2002, sobre o interesse em permanecer no Programa. Cerca de 30% dos municípios e 17% dos profissionais não responderam à consulta. Dentre os que responderam, o percentual de municípios que manifestaram interesse em prorrogar sua participação por mais um ano foi de 95,5%, muito próximo do percentual dos profissionais, que foi de quase 93% (Brasil, 2002e). Entretanto, ao analisar o banco de dados do Programa, verifica-se que esses profissionais eram, em sua quase totalidade, enfermeiros (Maciel Filho, 2007).

Com as eleições presidenciais de outubro de 2002 e a conseqüente mudança de ministro em janeiro de 2003, o Pits tornou-se objeto de análise por parte da nova equipe. Foi realizado um Seminário Nacional de Avaliação, em junho de 2003, cujo resultado levou o Ministério à decisão de iniciar um processo de reformulação, com o objetivo de integrá-lo às estruturas do SUS, particularmente à atenção básica, desencadeando a transição do Programa para os sistemas municipais de saúde. A intenção era assegurar a permanência das equipes nos municípios, que foram estimulados a implantar ou ampliar o PSF.

Assim, em 2003, foi incluído um número menor de novos municípios, mantendo-se os que já faziam parte do Programa e tinham interesse em continuar. Da mesma forma, foram abertas menos vagas no processo seletivo do que nos anos anteriores, preferindo-se estimular

a permanência dos profissionais aprovados em 2002 e dos poucos remanescentes de 2001, por meio da renovação por mais um ano. Esse estímulo incluía, já desde 2002, um acréscimo de 10% do valor da bolsa recebida.

Em julho de 2004, o Programa foi declarado oficialmente encerrado. Apenas alguns poucos profissionais ainda se encontravam nos municípios, e à medida que foram completando um ano no Programa, foram retornando, paulatinamente, para suas cidades de origem.

Ao longo dos três anos de implantação do Pits, foram contemplados cerca de 300 municípios, aí incluídos também os que não concluíram o período mínimo de um ano de participação. Foram aplicados no primeiro ano R$ 36,1 milhões e alocados mais R$ 70 milhões no orçamento 2002/2003 (Brasil, 2002e).

A análise do Pits, como estratégia de intervenção para enfrentar o problema da má distribuição de médicos no país, é realizada no capítulo seguinte.

3
O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits)

A análise do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) como estratégia para o enfrentamento da má distribuição de médicos em nosso país foi objeto de estudo da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, na Estação de Trabalho do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) (Maciel Filho, 2007).

O estudo foi realizado no período de julho de 2004 a dezembro de 2005 e consistiu de pesquisa documental e análise de dados primários e secundários. A primeira fase constou de pesquisa sobre o processo de formulação, implementação e implantação do Pits. Foram consultados documentos oficiais, legislação, relatórios, publicações técnicas e científicas e jornais de grande circulação. O objetivo foi obter dados e informações sobre as ações e intervenções do Ministério da Saúde, bem como sobre o contexto político e institucional que envolveu o Pits e a inserção dos demais atores.

A segunda fase foi dedicada ao estudo da implantação do Pits. Foram analisados os dados secundários dos bancos de dados gerenciais do Programa, produzidos no período de 2000 a 2004. Os dados disponíveis nesses bancos, cujo acesso foi autorizado pelo Ministério da Saúde, permitiram levantar:

- os municípios contemplados;
- o perfil demográfico, profissional e de formação dos médicos inscritos e dos selecionados;
- a origem geográfica dos médicos inscritos e dos selecionados e suas respectivas escolhas de lotação nos municípios do Programa;
- a composição das equipes de saúde interiorizadas;
- a permanência, desistência, abandono ou desligamento de médicos e seu respectivo perfil.

Nessa fase, o estudo também levantou dados primários junto aos médicos que se inscreveram e/ou atuaram no Pits e junto a formuladores e gestores do Programa. No caso dos médicos, a obtenção dos dados se deu por meio de um questionário, formulado especificamente para este fim. O questionário foi construído em duas versões, ambas compostas por perguntas de múltipla escolha e sem variáveis de identificação pessoal. A primeira versão, com dez questões, destinava-se aos médicos que estavam em uma das seguintes situações: ainda atuando no Pits; já tendo concluído sua participação; desistido após já estar atuando no Programa; desligado pela coordenação nacional. A segunda versão destinava-se aos profissionais que haviam desistido durante o processo seletivo ou antes de se deslocarem para o município onde iriam atuar. Nesse caso, o número total de perguntas reduzia-se para sete. As cinco primeiras perguntas foram comuns para os dois grupos.

O envio do questionário se deu por correio eletrônico com a cooperação do Ministério da Saúde, que, em julho de 2004, remeteu, através da própria coordenação do Pits, uma mensagem eletrônica aos profissionais cujos endereços constavam do banco de dados do Programa. A mensagem, além de solicitar a colaboração dos profissionais para o preenchimento do questionário – em *link* disponível na própria mensagem –, ainda continha informações a respeito da realização do estudo. O fato de a mensagem ter sido enviada pela coordenação do Pits e sob forma de questionário permitiu que se preservasse a privacidade e o sigilo de identificação dos profissionais. Desse modo, não houve acesso ao endereço eletrônico dos médicos, nem no envio, nem no recebimento do questionário. Ao finalizar o preenchimento, bastava ao profissional clicar na opção 'enviar', fazendo com que as respostas fossem automaticamente lançadas em um banco de dados de acesso exclusivo da equipe de pesquisa.

Responderam ao questionário 275 médicos. Cerca de metade dos respondentes era de profissionais que desistiram durante o processo seletivo, e a outra metade se dividiu entre os que desistiram antes de ir para os municípios (22,9%), os que concluíram sua participação (10,9%), os que desistiram após já estarem atuando no Programa (9,5%), os que ainda atuavam (4,4%) e os que foram desligados (4%).

A distribuição desses profissionais por ano de inscrição, faixa etária, região e Unidade da Federação (UF) de naturalidade e região e UF de atuação no Pits também apresentou boa representatividade.

Para o levantamento de dados primários junto a formuladores e gestores do Pits foram escolhidos atores que, quando da formulação do Programa, representavam a então Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), além dos atores que, com a extinção da SPS, passaram a responder pela nova Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com o objetivo de identificar aspectos políticos e operacionais envolvidos na formulação e implantação do Programa. Os depoimentos foram gravados em áudio, com conhecimento e autorização dos entrevistados, aos quais foram fornecidas informações prévias sobre o estudo.

O roteiro adotado foi do tipo 'focalizado', que, como explicam Souza *et al.* (2005), é composto por uma lista de questões que, a princípio, serão submetidas a todos os entrevistados, mas que permite ao entrevistador ou ao entrevistado explorar mais determinada temática, relato de experiência ou ponto de vista. O roteiro assim construído possibilita que o pesquisador conduza a entrevista, estando aberto a novas descobertas, e, ao mesmo tempo, não perca o foco nas questões previamente definidas como de especial interesse para o estudo.

Além dos questionários e das entrevistas, outra fonte primária utilizada para obter dados, tanto sobre a perspectiva dos médicos quanto dos formuladores e gestores do Programa, foi o fórum virtual criado pela coordenação nacional do Pits para comunicação com e entre esses atores. Hospedado na página eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), o conteúdo do fórum foi aqui utilizado com autorização do Ministério da Saúde. Do acervo disponível, composto por 352 mensagens, cobrindo o período de 28 de outubro de 2003 a 1 de abril de 2005, foram utilizados trechos das mensagens, sem identificação de seus autores.

A etapa seguinte consistiu da análise dos dados primários e secundários. Esse conjunto de dados foi examinado, categorizado e classificado, recombinando evidências quantitativas e qualitativas.

A análise procurou identificar os fatores e evidências envolvidos no 'como' e no 'por que' médicos e gestores participaram de uma iniciativa destinada a minimizar a má distribuição de médicos no país tendo a interiorização como estratégia.

Os Municípios Contemplados

Ao longo da implantação do Pits, houve permanentes mudanças na lista de municípios participantes, tanto por desistência de alguns prefeitos quanto por desligamentos efetuados pela coordenação nacional em função do não cumprimento da contrapartida municipal. Tomando-se como recorte a situação do banco de dados do Pits em novembro de 2002, quando essas mudanças já estavam fechadas para o ano de 2001, mais estáveis para 2002 e com definição dos municípios a serem incluídos em 2003, observa-se que, considerando os três anos, o Programa cobriu 272 municípios, localizados nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste (norte do estado de Minas Gerais).

A maioria dos municípios era das regiões Nordeste (46,32%) e Norte (45,22%). Os estados do Maranhão e Pará foram os que tiveram o maior número de municípios contemplados pelo Programa, com, respectivamente, 15,81% e 13,24% do total de cidades participantes.

O perfil desses municípios foi dado pelas próprias características demográficas, epidemiológicas e da rede de serviços de saúde, já mencionadas no capítulo anterior, que os tornaram elegíveis para participar do Programa.

Dentre os 272 municípios participantes do Pits, o menos populoso, segundo dados do Censo Demográfico de 2000, possuía 1.422 habitantes, e o de maior população apresentava 38.043 habitantes. A maioria dos municípios tinha mais de 10 a 20 mil habitantes (cerca de 41%), vindo logo em seguida a faixa de mais de 5 a 10 mil, com 30,9%.

Eram municípios com baixa densidade demográfica. Em mais da metade deles (51,5%) havia, no máximo, 10 hab./km², estando incluídos nesse percentual cerca de 14% de municípios com menos de um habitante por quilômetro quadrado. A maior densidade demográfica não ultrapassava os 145 hab./km².

Quando do início do Pits, o rendimento nominal médio da população com dez anos ou mais de idade, nos municípios contemplados, era de no máximo cinco salários-mínimos. Apenas 6,6% dos municípios enquadravam-se nessa faixa máxima de rendimento, estando a maioria (66,5%) na faixa de um a dois salários-mínimos. O baixo rendimento aliava-se à baixa escolarização: em cerca de 77% dos municípios mais de 30% da população com cinco anos ou mais de idade era analfabeta, em 2000. Esse percentual chegava a atingir 65% de analfabetos em quase 11% dos municípios do Pits.

A infra-estrutura urbana de serviços também era precária. Cerca de 48% dos municípios integrantes do Pits ainda não contavam, no ano de 2000, com energia elétrica. Esse mesmo percentual se repete no que se refere à inexistência de rede telefônica fixa. A quase totalidade deles (87,9%) não possuía agências bancárias e aproximadamente a metade (49,6%) não tinha agência dos Correios.

Essas e outras características, inclusive aquelas que tornaram esses municípios elegíveis para participar do Programa, estavam à disposição dos profissionais na página eletrônica em que foram feitas as inscrições. Assim, os profissionais tinham clareza sobre as precárias condições gerais de habitabilidade dessas cidades.

Os Médicos no Pits

Os processos seletivos realizados pelo Pits, ao longo dos anos de 2001, 2002 e 2003, totalizaram 4.666 inscrições de médicos, já excluídos os que não compareceram à etapa de entrevista do processo seletivo ou não efetivaram a comprovação curricular (Tabela 1).

Quase metade desses profissionais se inscreveu no processo seletivo de 2001. A cada ano foi diminuindo o número de médicos que se interessaram em participar do Programa. Se no primeiro ano o Pits conseguiu despertar o interesse de 2.284 médicos, em 2002 esse número caiu para 1.716 e em 2003 foi de apenas 666, revelando que o Programa foi se tornando cada vez menos atrativo para os médicos. Foram vários os fatores que determinaram essa perda de interesse, os quais serão explorados e analisados ao longo deste capítulo.

Tabela 1 – Distribuição dos médicos inscritos no Pits, por ano

Ano	Médicos inscritos	
	n°	%
2001	2.284	48,9
2002	1.716	36,8
2003	666	14,3
Total	4.666	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Quando indagados, no questionário aplicado pelo estudo da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde sobre o que os atraiu para se inscreverem no Programa, os médicos destacaram o curso de especialização (18,8%), a remuneração oferecida (17,6%), o fato de se tratar de um Programa do Ministério da Saúde (16,6%) e de funcionar nos mesmos moldes do PSF (16,1%), além da possibilidade de conhecer outras áreas do país (15,8%) (Tabela 2). No entanto, quando se comparam os grupos de profissionais de acordo com sua situação no Programa, observa-se que aqueles que desistiram antes de atuar consideraram a remuneração como o fator mais atrativo, ao contrário dos que concluíram sua participação ou desistiram depois, para os quais o curso de especialização foi mais determinante no seu interesse em participar. No caso dos que foram desligados, o curso de especialização ficou empatado como fator mais relevante com dois outros fatores: o fato de ser um Programa do Ministério e a possibilidade de conhecer outras áreas do país.

Em nenhum dos três anos, o Pits conseguiu preencher o número inicial de 300 vagas para médicos, mesmo tendo sido chamados todos os que obtiveram qualquer ordem de classificação no Programa (Tabela 3). Essa chamada se deveu aos elevados percentuais de desistência dos profissionais antes de irem para os municípios de lotação (91,7% em 2001, 88,6% em 2002 e 87,2% em 2003).

Ao serem indagados sobre o que os levou a desistir (Tabela 4), esses médicos apresentaram como principais fatores o surgimento de outra oportunidade profissional (32,9%) e motivos pessoais ou familiares (30,8%). Mas é expressivo – quase 15% do total – o percentual dos que atribuíram sua desistência a 'falhas na organização do Programa, levando ao descrédito'.

Em virtude dessas desistências, a já referida Tabela 3 mostra que os percentuais de lotação foram muito baixos em relação ao número de inscrições validadas (8,3% em 2001, 11,4% em 2002 e 12,8% em 2003). Dos 4.666 médicos que se inscreveram, ao longo dos três anos de atividade do Programa, foram lotados nos municípios somente 469. Foi em 2002 que o Pits conseguiu lotar o maior número de médicos (195). Em 2001, esse número foi de 189 e, em 2003, de apenas 85 profissionais.

Tabela 2 – Distribuição dos médicos que responderam ao questionário segundo os fatores que os atraíram para se inscreverem no Pits por situação no Programa

Fatores de atração*	Situação no Pits									
	Desistiram antes de atuar**		Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
A necessidade de emprego (estava desempregado)	32	6,3	8	6,1	0	0,0	1	3,7	41	5,5
A remuneração	94	18,6	20	15,3	15	18,5	3	11,1	132	17,6
O curso de especialização	85	16,7	29	22,1	21	26,0	6	22,2	141	18,8
A tutoria	20	3,9	5	3,8	1	1,2	0	0,0	26	3,5
A garantia de moradia e transporte gratuitos	23	4,5	8	6,1	2	2,5	1	3,7	34	4,6
Ser um Programa do Ministério da Saúde	76	15,0	24	18,3	18	22,2	6	22,2	124	16,6
Funcionar nos moldes do Programa de Saúde da Família	82	16,1	20	15,3	14	17,3	4	14,9	120	16,1
A experiência de conhecer outras áreas do país	87	17,1	16	12,2	9	11,1	6	22,2	118	15,8
Atuar profissionalmente com comunidades carentes	9	1,8	1	0,8	1	1,2	0	0,0	11	1,5
Total	508	100,0	131	100,0	81	100,0	27	100,0	747	100,0

*Permitido marcar mais de uma alternativa.

**Corresponde à soma dos grupos 'Desistiu durante o processo seletivo' e 'Desistiu antes de ir para o município'.

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Tabela 3 – Distribuição dos médicos no Pits, por situação no Programa e ano

Ano	Situação no Pits							
	Inscritos		Aprovados					
			Desistiram antes da lotação		Lotados		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
2001	2.284	48,9	2.095	91,7	189	8,3	2.284	100,0
2002	1.716	36,8	1.521	88,6	195	11,4	1.716	100,0
2003	666	14,3	581	87,2	85	12,8	666	100,0
Total	4.666	100,0	4.197	89,9	469	10,1	4666	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Tabela 4 – Distribuição dos médicos que responderam ao questionário e desistiram durante o processo seletivo ou antes de ir para os municípios, segundo os fatores que os levaram a desistir de participar

Fatores	Médicos inscritos	
	n°	%
Motivos pessoais ou familiares	90	30,8
Outra oportunidade profissional	96	32,9
Receio de não me adaptar à mudança	35	12,0
Não ter obtido classificação para atuar no município ou UF desejados	29	9,6
Falhas na organização do Programa, levando ao descrédito	43	14,7
Total	293	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Ao contrário do que se esperava quando foi formulado, quando se acreditava que atrairia preferencialmente recém-formados, o que se observa é que quase a metade dos inscritos (46,7%) no Pits tinha mais de dez anos de formado, sendo 34,9% com mais de 15 anos (Tabela 5). Aqueles que desistiram antes da lotação possuíam perfil semelhante, mas os que efetivamente participaram do Programa e chegaram a atuar nos municípios se concentram na faixa de mais de 15 anos de formados (41,6%). Esse percentual é cerca de dez pontos percentuais superior ao encontrado no estudo *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde*

da Família no Brasil, segundo o qual 32% dos médicos do PSF têm mais de 15 anos de formados (Machado, 2000).

Tabela 5 – Distribuição dos médicos no Pits, por situação no Programa e tempo de formado – 2001-2003

Tempo de formado	Situação no Pits					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Menos de 1 ano	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Entre 1 e 2 anos	436	9,3	400	9,5	38	8,1
Mais de 2 a 5 anos	847	18,2	763	18,2	89	19,0
Mais de 5 a 10 anos	998	21,4	903	21,5	101	21,5
Mais de 10 a 15 anos	551	11,8	507	12,1	46	9,8
Mais de 15 anos	1.631	34,9	1.447	34,5	195	41,6
Ignorado	203	4,4	177	4,2	0	0,0
Total	4.666	100,0	4.197	100,0	469	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Conseqüentemente, embora o Programa tenha atraído médicos de todas as idades (Tabela 6), a maioria dos inscritos estava na faixa dos 30 aos 40 anos (36,3%). Mas quando somadas as faixas etárias acima dos 40 anos, observa-se que quase 40% dos médicos que se interessaram em participar do Programa ultrapassavam essa faixa de idade. Analisando-se os dois extremos das faixas etárias, verifica-se que os mais jovens (abaixo dos 30 anos) somavam cerca de 23% e, em contraponto, os que possuíam mais de 50 anos de idade totalizavam 18,6%.

Em artigo em que faz referência ao primeiro ano de implantação do Pits, Santos destaca esse perfil etário dos médicos que se interessaram em participar do Programa:

> Vários milhares de médicos inscreveram-se já no primeiro mês, e o fato que mais chamou a atenção é que por volta de metade dos inscritos são da faixa etária dos 30 aos 50 anos, isto é, quando em situação normal deveriam se encontrar estáveis no apogeu do seu exercício profissional, incluindo os cônjuges e filhos. O

grau de insatisfação com a prática médica atual e de disposição para a ruptura com o *status quo* fica evidente. (Santos, 2001: 147-148)

Na mesma tabela, é possível verificar que mais uma vez esse perfil se repete entre os que desistiram antes da lotação, e é mais acentuado entre os lotados, onde o expressivo percentual de 23,2% tinham mais de 50 anos.

Esse perfil etário coincide com os achados do estudo *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil*, que revela uma alta concentração de médicos do PSF na faixa entre 30 a 49 anos (66,62%) (Machado, 2000). Na faixa mais jovem (de até 29 anos), encontram-se apenas 19,12% dos médicos do PSF, percentual quase semelhante aos 18,1% dos médicos lotados no Pits que se encontravam nessa mesma faixa etária.

Tabela 6 – Distribuição dos médicos no Pits, por situação no Programa e faixa etária – 2001-2003

Faixa etária	Situação no Pits					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Menos de 30 anos	1.080	23,1	997	23,8	85	18,1
Entre 30 e 40 anos	1.689	36,3	1.532	36,5	161	34,4
Entre 41 e 50 anos	990	21,2	879	20,9	114	24,3
Mais de 50 anos	868	18,6	762	18,2	109	23,2
Ignorado	39	0,8	27	0,6	0	0,0
Total	4.666	100,0	4.197	100,0	469	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

No caso do Pits, é possível afirmar, pelas mensagens disponíveis no fórum, que parte desses profissionais que se encontravam na faixa etária acima dos 40 anos e possuíam mais de dez anos de formados – estando, portanto, no que Machado (1997) denomina 'fase de consolidação profissional' e tendo ultrapassado a 'fase de afirmação profissional' – optaram por atuar no Programa em busca de um estilo de vida mais interiorano e distante do estresse das grandes cidades.

O lugar onde trabalho tem 9.763 habitantes, são pessoas que ainda têm um certo grau de dignidade, é uma cidade onde você pode sair na rua a qualquer hora da noite ou do dia sem receio algum, onde você sai e deixa o portão aberto e às vezes a porta da casa e volta no fim da tarde e está tudo no lugar. Quase todos os dias pela manhã acordo com uma senhora de 76 anos me levando frutas amadurecidas no pé. Onde nunca encontrei uma pessoa pedindo esmola, apesar de toda pobreza que existe; onde na época de caju todos os dias recebo doces variados de presentes; onde na semana santa recebo farinha nativa, tapioca com castanha, beiju; onde no inverno as pessoas deixam milho verde, pamonha e milho assado na minha casa; onde posso armar uma rede na varanda e olhar a lua e sentir a brisa fresquinha e nas noites sem lua ver todas as estrelas e ficar contando os satélites que percorrem o céu; onde abro a porta às cinco horas para pegar abacate, goiaba, acerola, manga e outras frutas. Às vezes me pergunto: mandaram-me para um município muito difícil de viver ou para o paraíso? A solidariedade entre as pessoas é tamanha em termos de divisão de comida e de prestar favores aos vizinhos com dificuldade. A religiosidade é outro fato marcante. Sinto como se lá fosse o ano inteiro o espírito da solidariedade e não só no Natal, como na civilização. Sinto-me tão bem que agradeço a Deus todos os dias por estar lá. Pra mim foi uma melhora muito grande na minha qualidade de vida e uma lição de vida atrás da outra. (Fórum Pits)

Tanto os médicos que se inscreveram para participar do Pits quanto os que desistiram antes da lotação e os efetivamente lotados eram, em sua maioria, do sexo masculino (Tabela 7), apresentando percentuais semelhantes aos 55,95% de médicos homens atuando no PSF, conforme dados da pesquisa de Machado (2000).

Tabela 7 – Distribuição dos médicos no Pits, por situação no Programa e sexo – 2001-2003

Sexo	Situação no Pits					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Feminino	1.892	40,6	1.686	40,2	207	44,1
Masculino	2.597	55,6	2.336	55,6	262	55,9
Ignorado	177	3,8	175	4,2	0	0,0
Total	4.666	100,0	4.197	100,0	469	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Cerca de 44% dos médicos inscritos e dos que desistiram antes da lotação eram casados; já entre os lotados esse percentual sobe para 51% (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos médicos no Pits, por situação no Programa e estado civil – 2001-2003

Estado civil	Situação no Pits					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Solteiro	1.757	37,7	1.615	38,5	167	35,6
Casado	2.071	44,4	1.868	44,5	239	51,0
Separado judicialmente	226	4,8	206	4,9	24	5,1
Divorciado	286	6,1	255	6,1	37	7,9
Viúvo	36	0,8	34	0,8	2	0,4
Ignorado	290	6,2	219	5,2	0	0,0
Total	4.666	100,0	4.197	100,0	469	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

O Pits atraiu médicos provenientes de todos os estados do país, mas com diferenças significativas no grau de interesse demonstrado, particularmente quando essa análise é feita por região (Tabela 9). A maioria residia na Região Sudeste ao se inscrever no Programa (38,0%), mesma região de origem da maior parte dos que desistiram antes da lotação (39,7%). No entanto, os médicos que efetivamente atuaram no Pits eram, em sua maioria, provenientes da Região Nordeste (43,3%). O percentual de médicos lotados que vieram da Região Sudeste foi de pouco mais da metade desse número (26,2%), ficando muito próximo do nível registrado pela Região Norte, de onde vieram 19,8% desses profissionais.

Os médicos das regiões Sul e Centro-Oeste não foram muito atraídos pelo Pits; o percentual de inscritos de cada uma dessas regiões (8,2% e 7,0%, respectivamente) ficou abaixo do registrado na Região Norte (9,1%), onde há o menor número de médicos do país.

Esses dados mostram que, embora os médicos que residiam na Região Sudeste tenham demonstrado interesse pelo Pits, sendo a região com o maior número de inscritos, também demonstraram dificuldade em atuar no Programa.

Tabela 9 – Distribuição dos médicos no Pits, por situação no Programa e região de origem – 2001-2003

Região de origem	Situação no Pits					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Norte	428	9,1	339	8,1	93	19,8
Nordeste	1.547	33,3	1.355	32,3	203	43,3
Centro-Oeste	324	7,0	301	7,2	24	5,1
Sudeste	1.783	38,0	1.668	39,7	123	26,2
Sul	381	8,2	357	8,5	26	5,6
Ignorado	203	4,4	177	4,2	0	0,0
Total	4.666	100,0	4.197	100,0	469	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Dentre os municípios oferecidos para lotação, os médicos inscritos escolheram majoritariamente aqueles localizados na Região Nordeste, com 37,9% da preferência (Tabela 10). Outros 29,7% não manifestaram sua preferência para lotação. Em segundo lugar, aparece a Região Norte (14,7%), seguida do Sudeste (11,1%) e Centro-Oeste (6,6%). Essa seqüência da preferência dos médicos pelas respectivas regiões coincidiu com a posição que elas ocupavam em número de municípios para escolha. Assim, como já referido, os 272 municípios contemplados pelo Pits estavam distribuídos pelas regiões da seguinte forma: 46,3% no Nordeste, 45,2% no Norte, 5,2% no Sudeste e 3,3% no Centro-Oeste. Chama a atenção o fato de que, embora a Região Norte tivesse 45,2% dos municípios para escolha, apenas 14,7% dos inscritos se interessaram por eles. Na mesma tabela observa-se que os médicos que chegaram a atuar no Pits foram majoritariamente lotados na Região Nordeste (59,1%), responsável por 46,3% dos municípios disponíveis. A Região Norte, embora contasse com cerca de 45% dos municípios do Pits, conseguiu lotar apenas 32,2% dos médicos. No Sudeste foram lotados 6,4% (para um percentual de 5,2% de municípios) e o Centro-Oeste contou com uma lotação de 2,5% dos médicos disponíveis, para cerca de 3% de municípios.

Tabela 10 – Distribuição dos médicos no Pits, por situação no Programa e região de preferência para lotação – 2001-2003

Região de preferência para lotação	Situação no Pits					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados*	
	n°	%	n°	%	n°	%
Norte	688	14,7	564	13,4	151	32,2
Nordeste	1.768	37,9	1.533	36,6	277	59,1
Centro-Oeste	307	6,6	295	7,0	12	2,5
Sudeste	516	11,1	481	11,5	29	6,2
Ignorado	1.387	29,7	1.324	31,5	0	0,0
Total	4.666	100,0	4.197	100,0	469	100,0

***** No caso dos lotados, refere-se à região de lotação.

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Tabela 11 – Distribuição dos médicos lotados no Pits, por ano e situação no Programa, em relação ao total de lotados no período 2001-2003

Situação no Pits	Ano						Total	
	2001		2002		2003			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Lotados	189	40,3	195	41,6	85	18,1	469	100,0
	Situação dos lotados							
Concluíram 1 ano de participação	78	16,2	96	19,9	49	10,2	223	46,3
Renovaram a participação por mais 1 ano	11	2,3	18	3,7	8	1,7	37	7,7
Desistiram ou foram desligados	105	21,8	85	17,6	32	6,6	222	46,0
Total	194	40,2	199	41,3	89	18,5	482*	100,0

***** Total superior ao de lotados pelo fato de um mesmo médico poder estar em mais de uma situação.

Fonte: Maciel Filho, 2007.

As tabelas 11 e 12 resumem o que ocorreu com os 469 médicos lotados, no período 2001 a 2003. Ao longo dos três anos, 46,3% concluíram um ano de participação no Programa, mas os desistentes e desligados alcançaram praticamente o mesmo percentual (46%). Mais

da metade dos médicos lotados em 2001 desistiram ou foram desligados (54,1%). Nos anos seguintes, esse percentual diminuiu, mas ainda se manteve em patamares expressivos (42,7% em 2002 e 36% em 2003). E somente em 2003 o percentual de desistentes foi substancialmente inferior ao dos que chegaram a concluir um ano de atuação no Pits (36% contra 55%, respectivamente).

Tabela 12 – Distribuição dos médicos lotados no Pits, por ano e situação no Programa, em relação ao total de lotados a cada ano

Situação no Pits	Ano		
	2001	2002	2003
	%	%	%
Concluíram 1 ano de participação/lotados no ano	40,2	48,3	55,0
Renovaram a participação por mais 1 ano/lotados no ano	5,7	9,0	9,0
Desistiram ou foram desligados/lotados no ano	54,1	42,7	36,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

As constantes desistências e desligamentos de profissionais abatiam os que ficavam e acarretavam transtornos para o desempenho das atividades, como mostram algumas mensagens disponíveis no fórum virtual do Pits:

> *Aproveitamos o espaço, para externar nosso profundo pesar, com a perda de alguns companheiros, que, no limite de sua resistência, após esgotarem todas as possibilidades de diálogo, e não vislumbrando alternativa, infelizmente, optaram por 'abandonar o barco'. Alguns poderão, numa primeira leitura, reputar o 'abandonar o barco' como um ato de rebeldia ou, quem sabe, fraqueza daqueles que se foram. Se o fizeram, por certo, foram vítimas de um ledo engano. Foi sim, antes de tudo, um ato de coerência. (...) Talvez, nesse momento, devêssemos refletir por que alguns persistem. Por necessidade? Por acomodação? Por alienação? Por ousadia ou pertinácia? (...) Louvo os que partiram, mas permito-me louvar a muitos que ficaram, e que, como eu, acreditam que todos os caminhos têm mais de uma direção. E às vezes é necessário ficar. Nem que seja para honrar os companheiros que se foram.* (Fórum Pits)

> *no município em que estou, em dezembro foram embora duas médicas e uma enfermeira, ficando uma equipe completa e uma enfermeira sozinha. Isso prejudica muito o desenvolvimento dos programas, pois todo o resto da área descoberta migra para nosso posto de atendimento. Não existem*

outros profissionais contratados pela prefeitura e não podemos nos recusar a atender, causando uma sobrecarga de trabalho e atrapalhando toda a nossa demanda que estava organizada. Peço a (...) quem de direito que ligue para a secretária ou a coordenadora do município para ver o que pode ser feito, pois estamos angustiados sem saber como fazer. (Fórum Pits)

Outras mensagens ressaltam os motivos que levaram os médicos a desistir; algumas são de autoria dos próprios desistentes:

É lamentável (...), pois estamos perdendo os nossos colegas, (...) é uma pena, pois isto tudo está acontecendo em decorrência da falta de valorização que os gestores municipais e de saúde impõem aos profissionais, como falta de pagamento da contrapartida e falta de condições para se trabalhar. (Fórum Pits)

Queridos amigos, colegas, desconhecidos, tutores, coordenadores nacionais e todo pessoal envolvido com o Pits:

Desde fevereiro assumi a diretoria de uma casa asilar (...). Quando fui convidada, entrei em contato com a coordenação Estadual (...). Na ocasião, levei um documento, solicitando o desligamento e disse que estava de saída, mesmo ganhando menos, para estar mais próxima de minha família, pois tendo 48 anos, as viagens (...) em estradas de difícil acesso, sem segurança alguma (...), demorando muitas vezes, entre a distância e aguardar condução, 12 a 15 horas (...) Hoje meu salário é a metade do que ganhava no Pits, mas estou perto do meu filho e marido, estou feliz, estou fazendo um curso de inglês para fazer a prova de mestrado (...), e interiormente em paz por ter participado e trabalhado por melhores índices (...). Saio do Programa de cabeça erguida, sem ser conivente com profissionais que vão uma vez por semana para o interior, sem ser conivente com profissionais que trabalham em hospitais da capital (...), sem ser conivente com profissionais que passam 15 dias na capital e 1 no interior, mas têm uma lábia com seus gestores e vão conseguindo levar. Tenho um novo desafio, desenvolver uma nova política de atuação junto aos idosos. (...) A todos que ficam, boa sorte! (Fórum Pits)

O regulamento do Pits previa, desde o primeiro processo seletivo, que o período de exercício dos profissionais seria de um ano renovável por mais um. Analisando-se os bancos de dados do Programa, verifica-se que, ao longo dos três anos de atividade do Pits, somente 37 dos 469 médicos que chegaram a atuar efetivamente nos municípios prorrogaram sua participação por um ano ou mais, o que representa um percentual de 7,7%. Esse dado, aliado aos expressivos percentuais de desistência ou desligamento, é convergente com o estudo de Machado (2000), segundo o qual o tempo médio de permanência de grande parte dos médicos no PSF é de menos de um ano.

Tabela 13 – Distribuição de médicos lotados no Pits, por situação e região e UF de lotação, em relação ao total de lotados do Programa, no período 2001-2003

Região de lotação	UF	Situação no Pits							
		Concluíram um ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados		Total	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Norte	AC	13	2,7	0	0,0	12	2,5	25	5,2
	AP	9	1,9	3	0,6	7	1,5	19	3,9
	AM	6	1,2	2	0,4	9	1,9	17	3,5
	PA	35	7,3	2	0,4	27	5,6	64	13,3
	RO	3	0,6	0	0,0	3	0,6	6	1,2
	RR	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,4
	TO	7	1,5	2	0,4	11	2,3	20	4,1
Subtotal		75	15,6	9	1,8	69	14,4	153	31,6
Nordeste	AL	3	0,6	6	1,2	1	0,2	10	2,1
	BA	24	5,0	3	0,6	20	4,1	47	9,8
	CE	17	3,5	2	0,4	31	6,4	50	10,4
	MA	43	8,9	5	1,0	40	8,3	88	18,3
	PB	12	2,5	3	0,6	13	2,7	28	5,8
	PE	12	2,5	2	0,4	13	2,7	27	5,6
	PI	1	0,2	0	0,0	2	0,4	3	0,6
	RN	10	2,1	2	0,4	12	2,5	24	5,0
	SE	3	0,6	3	0,6	5	1,0	11	2,3
Subtotal		125	25,9	26	5,2	137	28,3	288	59,9
Centro-Oeste	GO	2	0,4	0	0,0	1	0,2	3	0,6
	MT	5	1,0	0	0,0	1	0,2	6	1,2
	MS	1	0,2	0	0,0	2	0,4	3	0,6
Subtotal		8	1,6	0	0,0	4	0,8	12	2,4
Sudeste	MG	15	3,1	2	0,4	12	2,5	29	6,0
Subtotal		15	3,1	2	0,4	12	2,5	29	6,0
Brasil		223	46,3	37	7,7	222	46,0	482	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

O baixo percentual de profissionais que optaram por renovar sua participação no Programa mostra que nem mesmo o incentivo criado pelo Ministério da Saúde para este fim foi capaz de ampliar o tempo de permanência dos médicos. O incentivo previa um acréscimo de 10% do valor da bolsa, a título de estímulo de permanência, para os profissionais que decidiam continuar.

A distribuição dos médicos que chegaram a ir para os municípios, por UF de lotação, é apresentada na Tabela 13. Com base nela podemos observar que os estados a registrar o maior percentual de médicos que concluíram um ano de participação no Programa, em relação ao total de lotados em todos os estados, foram o Maranhão (8,9%), o Pará (7,3%) e a Bahia (5%).

Seixas e Stella (2002), que coordenaram o Programa durante grande parte de sua vigência, destacam que, no ano de 2002, os estados do Amazonas, Amapá e Piauí apresentaram os mais baixos percentuais de lotação de médicos, tendo menos de 10% de suas vagas preenchidas. A Tabela 13 realmente reforça a afirmação desses autores, mas revela que o baixo percentual de adesão obtido por estes estados é ainda mais acentuado. Nela se observa que, ao longo de 2001 a 2003, estes estados mais uma vez aparecem entre os de mais baixo percentual de lotação, que foram Roraima (0,4%), Piauí (0,6%), Rondônia (1,2%), Amazonas (3,5%) e Amapá (3,9%).

Embora outros estados também apresentem baixos percentuais, não se enquadram na mesma condição, uma vez que, nesses casos, o que determina o baixo percentual de lotação é o baixo número de vagas oferecidas.[10]

As respostas do questionário aplicado pelo estudo da Rede Observatório confirmam a maior lotação de médicos nos municípios da Região Nordeste (Tabela 14). A mesma tabela revela que mais da metade daqueles que desistiram depois de já estarem atuando no Pits, e que responderam ao questionário, estavam lotados na Região Norte (50,2%), confirmando a baixa capacidade dessa região para fixar profissionais.

---

[10] Como já referido, as permanentes mudanças na lista de municípios participantes não permitiram a construção de um quadro com o número de vagas disponíveis em cada município, que variou bastante ao longo dos três anos de vigência do Pits, conforme registros dos bancos de dados do Programa.

Tabela 14 – Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo situação no Pits e região onde atuaram por mais tempo

Região de atuação*	Situação no Pits									
	Desistiram antes de atuar**		Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Norte	53	27,0	15	35,7	13	50,2	4	36,4	85	30,9
Nordeste	81	41,3	18	42,8	10	38,4	6	54,5	115	41,8
Centro-Oeste	13	6,6	4	9,6	2	7,6	1	9,1	20	7,3
Sudeste	13	6,6	2	4,8	1	3,8	0	0,0	16	5,8
Ignorado	36	18,4	3	7,1	0	0,0	0	0,0	39	14,2
Total	196	100,0	42	100,0	26	100,0	11	100,0	275	100,0

***** Neste caso, refere-se à região que o profissional escolheu para atuar.

****** Corresponde à soma dos grupos 'Desistiu durante o processo seletivo' e 'Desistiu antes de ir para o município'.

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Conhecer e comparar o perfil dos profissionais que se enquadram em cada uma das três situações analisadas ('concluíram um ano de participação'; 'renovaram a participação por mais 1 ano'; 'desistiram ou foram desligados') ajuda a compreender essas variações no grau de adesão ao Pits e aos respectivos municípios. A maioria dos médicos que concluíram um ano ou renovaram sua participação por um ano ou mais era proveniente das regiões Nordeste e Norte, como mostra a Tabela 15 (a soma das duas regiões como origem dos profissionais desses dois grupos totaliza 68,7% e 73%, respectivamente). Entre os desistentes/desligados, esse percentual cai para 56,3%. Cerca de 33% dos desistentes ou desligados vieram da Região Sudeste.

A distribuição por UF, disponível na Tabela 16, mostra que a maioria dos médicos desistentes/desligados era proveniente dos estados do Rio de Janeiro (14,8%), Pará (11,2%) e São Paulo (10,7%). Somando-se os percentuais do Rio de Janeiro e de São Paulo, verifica-se que aproximadamente 26% dos médicos que desistiram ou foram desligados do Pits vieram desses dois estados do Sudeste.

Tabela 15 – Distribuição dos médicos lotados no Pits, por situação no Programa e região de origem – 2001-2003

Região de origem	Situação no Pits					
	Concluíram um ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Norte	55	24,6	6	16,2	35	15,9
Nordeste	98	44,1	21	56,8	90	40,4
Centro-Oeste	12	5,3	1	2,7	11	5,1
Sudeste	48	21,6	7	18,9	73	32,7
Sul	10	4,4	2	5,4	13	5,9
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Comparando-se as tabelas 16 e 17 é possível observar que a participação do Rio de Janeiro e de São Paulo como estados de origem dos lotados foi de 12,4% e 7%; já entre os que renovaram sua participação no Programa não ultrapassou os 8,1% (no caso do Rio de Janeiro), não havendo médico oriundo de São Paulo que tenha optado por renovar a permanência. Assim, Rio de Janeiro e São Paulo destacaram-se mais como origem de médicos desistentes/desligados do que de lotados ou dos que prorrogaram sua atuação. Esses dados parecem demonstrar a existência de maior dificuldade de adaptação dos médicos desses dois estados em atuar nos municípios contemplados pelo Programa.

Além da maior facilidade de adaptação dos médicos originários das regiões Norte e Nordeste, percebe-se, por mensagens disponíveis no fórum virtual, que esses profissionais se mostram particularmente sensibilizados com as condições de vida e saúde da população de seus estados e regiões:

> *Sou profissional do Maranhão, um dos estados mais pobres da Região Nordeste, sou conhecedora dos problemas aqui existentes e de como os colegas pitianos de outras regiões deste país contribuíram para tornar o meu estado e minha região mais assistida e consciente sobre os problemas de saúde que afetam minha gente; falo aqui em nome da minha comunidade e de todos aqueles que reconhecem o trabalho humanizado desenvolvido por todos os colegas deste projeto tão grandioso e importante:*
>
> *- as crianças que deixaram de morrer por diarréia, desnutrição, IRA;*
>
> *- as crianças vacinadas e acompanhadas por profissionais qualificados e comprometidos com o seu país;*

> *- a assistência dispensada aos grupos de idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, adolescentes;*
>
> *- a informação e a atenção dadas aos municípios e à população tão pobre deste estado, que talvez nunca teriam o privilégio de conviver com pessoas tão solidárias e empenhadas com o trabalho em saúde;*
>
> *- pelos maranhenses que vieram ao mundo tão bem assistidos e orientados, sendo garantido seu direito à vida e a possibilidade de lutar por um paísmelhor;*
>
> *- o carinho oferecido a todos os indivíduos, sejam eles brancos, negros, índios, crianças e idosos;*
>
> *Falo dos maranhenses por ser a terra onde vivo, mas estendo a todas as equipes lotadas em regiões e municípios de tão difícil acesso como nas reservas indígenas, nas áreas de ilhas, nas regiões ribeirinhas, enfim nos rincões deste tão maravilhoso e rico Brasil. Agradeço a Deus por ter conhecido pessoas maravilhosas, agradeço por ter participado deste programa, agradeço a cada médico e a cada enfermeiro que com coragem e espírito solidário ajudaram gente tão simples e tão humilde (...).* (Fórum Pits)

A Tabela 18 revela que a maioria dos médicos que concluíram um ano ou renovaram sua participação graduou-se na Região Nordeste (41,7% e 67,6%, respectivamente), e embora ela seja também a região onde se graduou o maior percentual de desistentes ou desligados (40,4%), observa-se que é a Região Sudeste que se destaca nesse aspecto. Isso porque, enquanto a Região Nordeste é a região de graduação da maioria dos lotados, dos que concluíram um ano de participação, dos que renovaram por mais um ano e dos que desistiram ou foram desligados, o Sudeste apresenta um índice como região de graduação dos desistentes ou desligados (37,4%) bastante superior à sua participação como região de graduação dos que concluíram um ano (25,6%) ou renovaram (16,2%).

Também deve ser destacado o expressivo percentual de 19,7% dos médicos que concluíram um ano no Pits e que se formou em instituições de ensino superior da Região Norte, que, como vimos, é a região de origem de 19,8% dos lotados. Isso faz supor que os médicos oriundos dessa região concluíram ali mesmo sua graduação. Esse dado é relevante, porque aponta uma tendência de interesse de fixação, por parte desses médicos, na própria região onde habitam, tão carente dessa categoria profissional. E torna-se ainda mais relevante quando lembramos que até há poucos anos a maioria desses profissionais precisaria deslocar-se para as demais regiões – particularmente o Sudeste e o Sul – para se graduar em medicina.

Tabela 16 – Distribuição dos médicos lotados no Pits, por situação no Programa e região e Unidade da Federação de origem – 2001-2003

Região de lotação	UF	Situação no Pits					
		Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
		nº	%	nº	%	nº	%
Norte	AC	9	4,0	1	2,7	3	1,4
	AP	5	2,2	0	0,0	1	0,5
	AM	2	0,9	0	0,0	3	1,4
	PA	36	16,2	3	8,1	25	11,2
	RO	2	0,9	0	0,0	1	0,5
	RR	1	0,4	0	0,0	0	0,0
	TO	0	0,0	2	5,4	2	0,9
Subtotal		55	24,6	6	16,2	35	15,9
Nordeste	AL	6	2,7	11	29,8	9	4,1
	BA	21	9,5	5	13,5	14	6,2
	CE	17	7,6	2	5,4	19	8,5
	MA	22	10,0	2	5,4	20	8,9
	PB	10	4,5	1	2,7	12	5,4
	PE	11	4,9	0	0,0	7	3,2
	PI	2	0,9	0	0,0	1	0,5
	RN	8	3,6	0	0,0	4	1,8
	SE	1	0,4	0	0,0	4	1,8
Subtotal		98	44,1	21	56,8	90	40,4
Centro-Oeste	DF	8	3,6	0	0,0	6	2,7
	GO	1	0,4	1	2,7	1	0,5
	MT	1	0,4	0	0,0	1	0,5
	MS	2	0,9	0	0,0	3	1,4
Subtotal		12	5,3	1	2,7	11	5,1
Sudeste	ES	2	0,9	2	5,4	4	1,8
	MG	11	4,9	2	5,4	12	5,4
	RJ	25	11,3	3	8,1	33	14,8
	SP	10	4,5	0	0,0	24	10,7
Subtotal		48	21,6	7	18,9	73	32,7
Sul	PR	3	1,3	0	0,0	2	0,9
	SC	3	1,3	0	0,0	4	1,8
	RS	4	1,8	2	5,4	7	3,2
Subtotal		10	4,4	2	5,4	13	5,9
Brasil		223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Tabela 17 – Distribuição dos médicos no Pits, por situação no Programa, região e UF de origem – 2001-2003

Região de origem	UF de origem	Situação no Pits					
		Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
		nº	%	nº	%	nº	%
Norte	AC	57	1,2	45	1,1	13	2,8
	AP	20	0,4	17	0,4	3	0,6
	AM	46	1,0	38	0,9	9	1,9
	PA	253	5,4	194	4,6	61	13,1
	RO	21	0,5	18	0,4	3	0,6
	RR	11	0,2	10	0,2	1	0,2
	TO	20	0,4	17	0,4	3	0,6
Subtotal		428	9,1	339	8,1	93	19,8
Nordeste	AL	115	2,5	93	2,2	24	5,1
	BA	284	6,1	247	5,9	39	8,3
	CE	209	4,5	175	4,2	36	7,7
	MA	173	3,7	132	3,1	43	9,2
	PB	304	6,5	282	6,7	23	4,9
	PE	294	6,3	277	6,6	18	3,8
	PI	35	0,8	32	0,8	3	0,6
	RN	105	2,3	94	2,2	12	2,6
	SE	28	0,6	23	0,5	5	1,1
Subtotal		1.547	33,3	1.355	32,3	203	43,3
Centro-Oeste	DF	135	2,9	122	2,9	14	3,0
	GO	120	2,6	117	2,8	3	0,6
	MT	28	0,6	25	0,6	3	0,6
	MS	41	0,9	37	0,9	4	0,9
Subtotal		324	7,0	301	7,2	24	5,1
Sudeste	ES	63	1,4	56	1,3	7	1,5
	MG	310	6,6	287	6,8	25	5,3
	RJ	746	15,9	691	16,5	58	12,4
	SP	664	14,1	634	15,1	33	7,0
Subtotal		1.783	38,0	1.668	39,7	123	26,2
Sul	PR	116	2,5	111	2,6	5	1,1
	SC	93	2,0	85	2,0	13	2,8
	RS	172	3,7	161	3,8	8	1,7
Subtotal		381	8,2	357	8,5	26	5,6
Ignorado		203	4,4	177	4,2	0	0,0
Brasil		223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Como ressaltam Vieira *et al.* (2004: 192):

> a distribuição de cursos e de vagas retrata as desigualdades espaciais do ensino em medicina (...). Pode-se dizer que a expansão dos cursos no Sudeste e no Sul obedeceu muito mais ao desenvolvimento econômico e ao poder de compra dessas regiões do que às reais necessidades de acesso ao ensino superior nas regiões desprovidas de infra-estrutura como o Norte e o Nordeste.

Tabela 18 – Distribuição dos médicos lotados no Pits, por situação no Programa e região de graduação – 2001-2003

Região de origem	Situação no Pits					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Norte	44	19,7	2	5,4	31	14,0
Nordeste	93	41,7	25	67,6	90	40,4
Centro-Oeste	2	0,9	2	5,4	5	2,3
Sudeste	57	25,6	6	16,2	83	37,4
Sul	15	6,7	2	5,4	11	5,0
Exterior	12	5,4	0	0,0	2	0,9
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Tabela 19 – Distribuição dos médicos lotados no Pits, por situação no Programa e sexo – 2001-2003

Sexo	Situação no Pits					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Feminino	83	37,2	17	45,9	113	50,9
Masculino	140	62,8	20	54,1	109	49,1
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Os médicos que concluíram um ano e aqueles que renovaram eram, em sua maioria, do sexo masculino (62,8% e 54,1%, respectivamente,

como mostra a Tabela 19). Já o maior percentual de desistências e desligamentos foi registrado entre as mulheres.

Foram os profissionais entre 30 e 40 anos que majoritariamente concluíram um ano de participação no Pits, mesma faixa etária da maioria dos desistentes ou desligados (Tabela 20). No entanto, foram os médicos mais velhos, com mais de 40 anos, que optaram por continuar no Programa por pelo menos mais um ano.

Tabela 20 – Distribuição dos médicos lotados no Pits, por situação no Programa e faixa etária – 2001-2003

Faixa etária	Situação no Pits					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Menos de 30 anos	44	19,7	3	8,1	39	17,6
Entre 30 e 40 anos	67	30,1	12	32,4	85	38,3
Entre 41 e 50 anos	52	23,3	16	43,3	52	23,4
Mais de 50 anos	60	26,9	6	16,2	46	20,7
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Com relação ao estado civil, enquanto mais da metade dos médicos que concluíram sua participação no Pits (53,4%) e dos que renovaram (59,5%) eram casados, a maioria dos médicos desistentes ou desligados é de solteiros e descasados (separados, divorciados e viúvos), totalizando 51,9% (Tabela 21). Os três grupos, no entanto, em geral, possuíam dependentes, ainda que o percentual de desistentes e desligados com dependentes seja cerca de 10 pontos percentuais menor do que o dos dois outros grupos (Tabela 22).

A maioria dos médicos que chegaram a participar do Pits e que responderam ao questionário do estudo, não levou familiares, cônjuge ou companheiro(a) para os municípios de atuação (Tabela 23), porque não tinham (25,3%), por não considerarem economicamente viável (24%), por não terem desejado levá-los (17,7%), ou ainda porque esses familiares não quiseram ir (8,9%).

Tabela 21 – Distribuição dos médicos lotados no Pits, por situação no Programa e estado civil – 2001-2003

Estado civil	Situação no Pits					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Solteiro	83	37,2	9	24,3	77	34,7
Casado	119	53,4	22	59,5	107	48,1
Separado judicialmente	6	2,7	1	2,7	17	7,7
Divorciado	14	6,3	5	13,5	20	9,0
Viúvo	1	0,4	0	0,0	1	0,5
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Tabela 22 – Distribuição dos médicos lotados no Pits, por situação no Programa e dependentes – 2001-2003

Dependentes	Situação no Pits					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Sim	159	71,3	28	75,7	136	61,3
Não	64	28,7	9	24,3	86	38,7
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Somente cerca de um quarto dos profissionais foi para os municípios com familiares, cônjuge ou companheiro(a), os quais, de modo geral, permaneceram até o término da participação do profissional no Programa.

A mesma tabela permite deduzir que o fato de levar familiares ou parceiros não funcionou como fator determinante na permanência dos médicos nos municípios. Isso porque, quando consideramos as três situações do profissional no Programa mostradas na tabela ('atua ou concluiu a participação'; 'desistiu depois de estar atuando'; 'desligado'), vemos que não há diferenças muito expressivas na proporção citada de 75% que não

levaram acompanhantes contra 25% que levaram; além do que o percentual dos desistentes e dos desligados com acompanhantes é superior ao registrado entre os que ainda atuavam ou haviam concluído sua participação no Pits. Ou seja, os médicos que permaneceram no Programa não estavam, em sua maioria, acompanhados por familiares, cônjuges ou companheiros(as).

Tabela 23 – Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo situação no Pits e a ida de familiares, cônjuge ou companheiro(a) para o município de atuação

Ida de familiares, cônjuge ou companheiro(a)	Situação no Pits							
	Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim, e eles permaneceram comigo até a minha volta	8	19,0	7	26,9	3	27,2	18	22,8
Sim, mas eles não permaneceram comigo até a minha volta	1	2,4	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Não, porque não quis levá-los comigo	8	19,0	3	11,5	3	27,3	14	17,7
Não, porque não quiseram ir	3	7,1	2	7,7	2	18,2	7	8,9
Não, porque era inviável economicamente	10	23,8	8	30,8	1	9,1	19	24,0
Não, porque eu não tinha cônjuge e/ou familiares	12	28,7	6	23,1	2	18,2	20	25,3
Total	42	100,0	26	100,0	11	100,0	79	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Contudo, a distância da família e dos amigos é tema de várias mensagens no fórum. São mensagens que revelam que o fato de o Programa ser destinado a populações carentes e sem assistência funcionou como uma compensação emocional para os profissionais, pela ausência de seus entes queridos.

> *Nós, pitianos, que abandonamos nossas famílias, nossos amigos, até mesmo nossos amores, podemos nos orgulhar de estarmos nessa batalha tentando um Brasil melhor, ajudando pessoas de lugares tão distantes a terem uma saúde mais digna.* (Fórum Pits)

Que você tenha um dia maravilhoso, mãe pitiana, que um dia deixou seu estado, sua casa, seus amigos e familiares, para ir em busca de um prazer que seria cuidar de pessoas carentes em município quase sem recurso algum, lutando pela qualidade de vida de seres humanos. Observamos que ainda, infelizmente, existe o analfabetismo nos municípios e, como todos sabem, isso atrapalha muito o nosso trabalho, desde o mais simples, que seria tomar um remédio certinho, até as informações que transmitimos mais complexas. Mesmo assim nunca desistimos de continuar o nosso trabalho e cada vez com mais garra. Só um desabafo: hoje é o dia das mães e também o dia de meu aniversário, no entanto estou aqui, no meu município de trabalho, me contentando com uma ligação telefônica de minhas três filhas e talvez de alguns amigos. Será que isso não representa nada??? (...) (Fórum Pits)

Em sua grande maioria, os médicos que chegaram a atuar no Pits não haviam feito nenhum curso de pós-graduação (Tabela 24). E foram exatamente profissionais sem pós-graduação que, majoritariamente, renovaram sua participação por mais um ano. O Programa chegou a contar com médicos com mestrado e doutorado, embora em percentuais quase inexpressivos. A maioria dos que possuíam mestrado desistiram ou foram desligados, mas o único médico com doutorado chegou a concluir um ano de participação no Programa.

Tabela 24 – Distribuição dos profissionais lotados no Pits, por situação e pós-graduação – 2001-2003

Pós-graduação	Situação no Pits					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	n°	%	n°	%	n°	%
Sem pós-graduação	137	61,5	31	83,8	132	59,5
Especialização	79	35,4	6	16,2	80	36,0
Mestrado	6	2,7	0	0,0	10	4,5
Doutorado	1	0,4	0	0,0	0	0,0
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Mais uma vez, os dados convergem com o perfil dos médicos do PSF, onde apenas 37,2% fizeram residência médica; 39,5% possuíam especialização; e somente 23,6% tinham título de especialista (Machado, 2000). O mesmo estudo mostra que ainda eram minoria os médicos que começavam a especializar-se em saúde da família, totalizando 3,7% dos

que trabalhavam no PSF no Brasil. A quase totalidade dos médicos (96,4%) declarou necessidade de aprimoramento profissional.

O fato de o Pits proporcionar um curso de Especialização em Saúde da Família aos profissionais lotados funcionou como importante atrativo para que os médicos sem pós-graduação se interessassem em atuar no Programa. Isso é confirmado pelas respostas dos médicos ao questionário, no qual o curso de especialização aparece como o segundo fator considerado mais satisfatório no Programa, com 14% de preferência, como mostra a Tabela 25. Em primeiro lugar, aparece 'a atuação profissional junto às comunidades carentes' (15,8%), que só não é citada como o fator mais satisfatório pelos médicos desistentes, para os quais é 'o curso de especialização' que fica em primeiro lugar. Em terceiro, quarto e quinto lugares, foram citados, pelo conjunto de profissionais, respectivamente, 'a remuneração' (13,5%), 'a convivência e relacionamento com os demais profissionais do Programa' (11,3%) e 'o funcionamento nos moldes do Programa de Saúde da Família' (10,7%).

No entanto, para os que ainda atuavam ou já haviam concluído sua participação no Programa e também para os desligados, 'a remuneração' aparece como o segundo fator considerado mais satisfatório, passando à frente do 'curso de especialização' e da 'convivência e relacionamento com os demais profissionais do Programa', empatados em terceiro lugar. As respostas desses dois grupos de profissionais só não foram coincidentes na escolha do fator seguinte (quarto lugar): 'o funcionamento nos moldes do Programa de Saúde da Família' foi a preferência dos que ainda atuavam ou já haviam concluído sua participação e 'a experiência de conhecer outras áreas do país' foi a escolha dos desligados.

Para os desistentes 'a remuneração' só é citada em terceiro lugar – ao contrário dos dois outros grupos que, como vimos, a consideraram como o segundo fator mais satisfatório – seguindo-se 'o funcionamento nos moldes do Programa de Saúde da Família', em quarto lugar.

O fato de a maioria dos médicos que responderam ao questionário ter referido 'a atuação profissional junto às comunidades carentes' como o fator mais satisfatório da participação pode ser exemplificado com algumas mensagens disponíveis no fórum virtual do Programa.

> *Sempre acreditei na bondade do homem. No Brasil, passamos por um processo de amadurecimento de nossos ideais. (...) Que o povo de nossa nação possa cada vez mais ganhar e não perder as oportunidades que*

surgem. Portanto, ao tratarmos da saúde de nossas cidades, possamos desempenhar ações responsáveis e cada vez mais pensadas, a fim de que possamos construir o Bom Brasil – o Brasil da alegria, da saúde para todos, da esperança, da responsabilidade – o Brasil dos filhos de nossa Nação e, finalmente, irmãos e verdadeiros companheiros. (Fórum Pits)

Tabela 25 – Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo situação no Pits e o que consideraram satisfatório no Programa

Fatores satisfatórios*	Situação no Pits							
	Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
A oportunidade de ingressar no mercado de trabalho	5	2,5	1	0,9	2	4,0	8	2,2
A remuneração	25	12,3	16	14,4	8	16,0	49	13,5
O curso de especialização	24	11,8	20	18,1	7	14,0	51	14,0
A tutoria	7	3,4	2	1,8	1	2,0	10	2,7
A moradia	7	3,4	2	1,8	1	2,0	10	2,7
O transporte	4	2,0	1	0,9	1	2,0	6	1,6
As condições de trabalho	5	2,5	1	0,9	1	2,0	7	1,9
O acesso à internet	13	6,4	7	6,3	2	4,0	22	6,0
A coordenação do Ministério da Saúde	2	1,0	5	4,5	1	2,0	8	2,2
A coordenação estadual	7	3,4	5	4,5	0	0,0	12	3,3
A atuação da Secretaria Municipal de Saúde	7	3,4	2	1,8	0	0,0	9	2,5
O funcionamento nos moldes do PSF	23	11,3	13	11,7	3	6,0	39	10,7
A experiência de conhecer outras áreas do país	20	9,9	9	8,1	6	12,0	35	9,6
A atuação profissional junto às comunidades carentes	30	14,9	17	15,3	10	20,0	57	15,8
A convivência e relacionamento com os demais profissionais do Programa	24	11,8	10	9,0	7	14,0	41	11,3
Total	203	100,0	111	100,0	50	100,0	364	100,0

***** Permitido marcar mais de uma opção.

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Referido como o segundo fator mais satisfatório, o curso de especialização também é destacado no fórum, onde se enfatizam os conhecimentos adquiridos e as pesquisas realizadas para as monografias de conclusão do curso.

> *Às vezes ficamos angustiadas pelo fato de o Pits encerrar, e sentimos uma sensação de não termos realizado tudo, mas não é verdade, fizemos muito, é verdade que houve alguns profissionais que vieram das suas terras para fazer turismo e ficar no oba-oba (...) a maioria desenvolveu um bom trabalho nas suas comunidades, aproveitou a oportunidade de fazer especialização em Saúde da Família e desenvolveu boas pesquisas científicas, a exemplo, a minha pesquisa sobre os fatores que influenciam o desmame precoce na área de abrangência (...), como também vi na relação dos classificados o nome de vários outros profissionais que fazem parte do Pits. Portanto, acho que o Pits ainda vai fazer parte da história da saúde do Brasil. E salve a nossa pátria!!!* (Fórum Pits)

A referência à 'convivência e ao relacionamento com os demais profissionais do Programa', que, como vimos, foi um dos fatores considerados como mais satisfatórios pelos participantes, também está presente nas mensagens do fórum, onde aparece como elemento relevante e de estímulo à atuação dos profissionais, por meio da troca de experiências e do enriquecimento mútuo.

> *O programa de interiorização dos trabalhadores da saúde já começa a deixar saudades, muitos pediram transferências e outros desistência. A filosofia do programa proporcionou não só uma saúde preventiva de qualidade, como também uma integração nacional. Vocês já me conhecem, sou nordestina do estado do Maranhão e no município que estou passaram: cearenses, paulistas, cariocas, paranaenses, mineiros e gente boa do Distrito Federal. O Pits propiciou aqui mudanças principalmente de atitude, esta em decorrência da consciência de profissionais de estados e regiões mais evoluídos politicamente, onde as pessoas lutam pelos seus direitos e acreditam na justiça. Gente politizada que defende aquilo que acredita. Esse jeito de ser trouxe mudanças sociais significativas para o meu Estado. Estado onde o poder político e a politicagem imperam, assim como em outros lugares deste país, impedindo o cidadão de participar, intervir e manifestar sua opinião quanto ao descaso e à irresponsabilidade de alguns políticos que contaminam tudo o que se pretenda implantar de positivo para essa transformação social. O Pits deu certo. É por isso que vai acabar. Como tudo de bom nesse Brasil.* (Fórum Pits)

Outro fator apontado como um dos mais satisfatórios e que também está presente nas mensagens do fórum é o funcionamento do Pits nos moldes do PSF, o que, para muitos profissionais, representou uma oportunidade de aprendizado e de abertura de campo de trabalho. Duas

mensagens ilustram bem esses aspectos. A primeira é uma mensagem conjunta de três médicas que já haviam concluído sua participação no Programa e relatavam para seus colegas os desdobramentos profissionais daí advindos; a segunda é de um médico que destaca as potencialidades do PSF como mercado de trabalho.

> *Aproveitamos esse momento para agradecer ao Nordeste (coordenações estaduais e municipais de atenção básica, colegas de equipes de PSF e, principalmente, 'nossas' comunidades) pelo aprendizado acumulado nos 30 meses de participação no Programa. Foi aí que aprendemos e vivenciamos o saúde da família em toda a sua dimensão teórica e prática. Hoje, com dificuldades, tentamos trazer esta experiência para nosso dia-a-dia no sul do país. Muito trabalho pela frente...!!!!!!* (Fórum Pits)
>
> *Só no PSF já há mais de 20 mil equipes no Brasil, das quais, quem sabe, umas 5 mil já têm qualidade de razoável a ótima. A SBMFC [Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade], o Ministério e muitas Secretarias de Saúde, além de milhares de profissionais, estão lutando para que as demais cerca de 15 mil equipes também alcancem qualidade. Se pensarmos só nas cerca de 5 mil equipes do PSF que já atingiram qualidade, isso já é mais do que temos hoje, no Brasil, de médicos especialistas e qualificados verdadeiramente para ocupar esse espaço. Mas há também outros mercados de trabalho, fora do PSF – e alguns de boa qualidade. O que quero dizer com tudo isso?*
>
> > *a) Que, ao contrário de antigamente, não é mais raro um mercado de trabalho decente para quem se dedica à Atenção Primária em Saúde. Mesmo que a maior parte dos locais ainda seja muito ruim.*
> >
> > *b) Que nesta Lista de Discussão é natural que se fale mais do que ainda é mais freqüente – Unidades do PSF sem qualidade e prefeituras que desconhecem nossa especialidade, não querem ou não sabem como qualificar o PSF. Mas há muitos lugares que não são assim e são pouco citados aqui nesta Lista.*
> >
> > *c) Que o PSF não é o único mercado de trabalho em APS, e há locais bem melhores que a 'média' dos PSF.*
> >
> > *d) Que há mais vagas de trabalho em APS do que médicos já bem qualificados para ocupá-las. Mas há um esforço do MS, da SBMFC, de universidades e outros para qualificar cada vez mais profissionais.*
> >
> > *e) Que, nos locais (PSF e não) em que já se conquistou qualidade, é grande a satisfação profissional e pessoal dos médicos e das equipes como um todo, pelo trabalho que realizam.*
> >
> > *f) Que 'nem tudo está perdido'. E minha previsão é que a tendência é de melhora, pois há muita gente batalhando por isso.*
> >
> > *g) Que eu sou um otimista (...)* (Fórum Pits)

Até mesmo ex-participantes do Pits entraram no debate, explorando as dificuldades de inserção no mercado de trabalho proporcionado pelo PSF e de formação de profissionais para essa estratégia de atenção à saúde, e apresentando algumas sugestões:

> *Temos acompanhado a troca de mensagens, (...) com relação à formação médica em APS. Gostaríamos de contribuir (...) como ex-integrantes do Pits desde o início de sua implantação em 2001. (...)*
>
> *1) Há deficiência de mão-de-obra especializada no mercado. Para este momento, concordamos que transitório, algo tem que ser feito. Fora programas de residência, existem os cursos de especialização, oferecidos por instituições reconhecidas pelo MEC e MS. Não estamos vendo reconhecimento por este tipo de curso! Na prática estamos sendo nivelados àqueles profissionais sem formação na área, sequer com curso introdutório em PSF!*
>
> *2) Sem entrar no mérito político de reinvenção ou não da roda, quando o MS 'pensa' na possibilidade de formação em áreas estratégicas através de bolsas, não estarão repetindo o Pits com outro nome? Sairão os profissionais desta formação com a incômoda sensação de tempo perdido? E a 'mão-de-obra' que foi qualificada pelo Pits, por que não ser aproveitada nestes futuros cursos de formação? A educação continuada (anteriormente programada para os 'pitiáticos') levaria também à formação de instrutores ou facilitadores para o ensino da especialidade. Tempo e dinheiro economizados. Fomos 'pagas' para fazer parte da dita mão-de-obra especializada!!!!!*
>
> *3) Unificação da grade curricular da residência e adequação dos cursos de especialização às exigências da SBMFC.*
>
> *(...)*
>
> *5) Não devemos esquecer da diferença regional. Lá no NE, onde estivemos, as comunidades no interior só têm o PSF para recorrer, levando talvez a uma melhor compreensão (única opção?) da Atenção Primária pela sociedade. Será que nossas discussões não deveriam enfocar uma melhor definição e divulgação do modelo de atenção à população? (...)* (Fórum Pits)

Mais da metade dos médicos que responderam ao questionário consideram que a experiência de ter participado do Pits foi positiva tanto em termos profissionais quanto para suas vidas pessoais (Tabela 26). Mas os que foram desligados do Programa pela coordenação nacional fazem uma avaliação diferente, dividindo-se, de modo geral, entre os que consideram a experiência negativa nos dois sentidos (profissional e pessoal) – que totalizam 27,3% – e os que admitem que a experiência foi positiva profissionalmente, mas negativa para suas vidas pessoais (outros 27,2%).

Tabela 26 – Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo situação no Pits e avaliação que fazem da experiência de ter participado do Programa

Avaliação da experiência de ter participado do Pits	Situação no Pits							
	Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Foi positiva em termos profissionais, mas negativa para minha vida pessoal	4	9,5	6	23,1	3	27,2	13	16,4
Foi negativa em termos profissionais, mas positiva para minha vida pessoal	6	14,3	1	3,8	2	18,2	9	11,4
Foi positiva tanto em termos profissionais quanto para minha vida pessoal	27	64,3	15	57,7	2	18,2	44	55,7
Foi negativa tanto em termos profissionais quanto para minha vida pessoal	5	11,9	4	15,4	3	27,3	12	15,2
Não sei avaliar	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	1,3
Total	42	100,0	26	100,0	11	100,0	79	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

Essa boa avaliação que os médicos, de modo geral, fizeram da experiência de ter participado do Pits, é reforçada quando se analisa o que esses profissionais responderam, no questionário, ao serem indagados sobre o que consideravam mais adequado para os rumos futuros do Programa (Tabela 27). Mais da metade deles optaram pela manutenção do Programa no formato em que estava, mas com aperfeiçoamentos constantes (57%). Outros 26,6% entenderam que o Pits deveria ser transformado em serviço civil obrigatório, destinado a recém-formados e com remuneração. Mas 16,4% defenderam sua extinção. Aliás, a opção pela extinção do Programa obteve expressivos percentuais entre os médicos que foram desligados (27,3%) e entre os que ainda atuavam ou já haviam concluído sua participação (19%).

Os rumos do Programa foram uma preocupação constante para os profissionais participantes, seja em uma perspectiva de curto prazo, em que o que prevalece é o próprio interesse pessoal, seja em uma perspectiva mais politizada e de cidadania.

Tabela 27 – Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo situação no Pits e o que consideram mais adequado para os rumos futuros do Programa

Opção que considera mais adequada para os rumos futuros do Pits	Situação no Pits							
	Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sua manutenção no formato atual, com aperfeiçoamentos constantes	23	54,8	16	61,5	6	54,5	45	57,0
Sua transformação em serviço civil obrigatório, destinado a recém-formados, com remuneração	11	26,2	8	30,8	2	18,2	21	26,6
Sua extinção	8	19,0	2	7,7	3	27,3	13	16,4
Total	42	100,0	26	100,0	11	100,0	79	100,0

Fonte: Maciel Filho, 2007.

A perspectiva mais politizada aparece em diversas mensagens trocadas no fórum. São depoimentos que enfatizam ações e políticas para o aperfeiçoamento do Programa e do próprio SUS, exploram as potencialidades das instâncias de controle social, estimulando a participação dos profissionais e da população, e propõem estratégias para uma política de fixação de profissionais.

> *Foi realizada a 6ª Conferência Estadual de Saúde do Maranhão, onde foram escolhidos, dentre outros, 2 (dois) delegados (pitianos), representando os trabalhadores de saúde deste estado e que certamente defenderão propostas pertinentes à atenção básica deste país, na qual nosso programa está inserido, como também a efetivação de algumas metas traçadas pela política de saúde nacional, como:*
>
> *- a câmara de regulação do trabalho em saúde;*
>
> *- o programa nacional de desprecarização do trabalho em saúde;*
>
> *- mesa permanente de negociação de gestão com trabalhadores da área, visando assegurar os direitos trabalhistas do profissional de saúde;*
>
> *- cumprimento e respeito aos princípios e diretrizes do SUS, de forma a garantir a participação da sociedade no processo de consolidação democrática.*
>
> *Aos profissionais que acreditam nesse processo e no Sistema Único de Saúde, junte-se a nós e participe das discussões deste Fórum, com propostas*

e soluções, para que juntos encontremos respostas equilibradas e sensatas a dilemas que há muito tempo entravam o desenvolvimento da saúde como um todo neste país. Participe, dê sua contribuição para revertermos este quadro tão característico da nossa saúde. A 12ª Conferência Nacional de Saúde está próxima e todo cidadão pode participar democraticamente deste evento, vamos criar uma corrente positiva para que a saúde do Brasil possa mudar para melhor. (Fórum Pits)

Acontece de 7 a 11 de dezembro, em Brasília, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema central 'Saúde: um direito de todos e um dever do Estado: a saúde que temos, o SUS que queremos', onde ilustres palestrantes abordarão temas como o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Leiam o manual publicado pelo Ministério e o Conselho Nacional de Saúde sobre a reestruturação dos programas e projetos federais 'especiais' (item 7), dentre estes o Pits. (Fórum Pits)

Por fim, os médicos que participaram do Pits apontam, ainda no fórum, os resultados positivos do Programa:

Desde agosto de 2001, atuo no município de [nome do município], situado a leste do estado do Maranhão, distante 460 km da capital, sendo o acesso por estradas muito difíceis. A população (4.705) sobrevive da agricultura de subsistência e dos empregos gerados pelo funcionalismo público. No início do ano de 2003, passamos a desenvolver um projeto (...) onde a participação social é a alavanca mestra. Conseguimos, utilizando a metodologia lúdica problematizadora e priorização de problemas, algumas soluções como: coleta do lixo, esclarecimento da população quanto à (...) conservação do meio ambiente e encaminhar à Câmara projetos de lei para votação e deliberação. Gostaria também de convidá-los para juntos escrevermos um livro, onde cada um encaminhasse uma página pitoresca ou de alguma situação que presenciou para ser editado, com a verba sendo revertida para ações sociais. (Fórum Pits)

O Pits serviu como um bonito início ao Programa Saúde da Família... muitos de nós aprendemos a fazer PSF através desta estratégia. Aqui no Ceará, assessorados pela Universidade Federal, tivemos a possibilidade de desenvolver diversos trabalhos e estudos nas diversas comunidades, o que nos possibilitou trabalhar melhor a Atenção Primária. Nossa escolha, desde o início, foi desenvolver os vários projetos em conjunto: Universidade Federal, secretarias estadual e municipal de Saúde e profissionais de saúde. Mais tarde, trabalharíamos junto aos nossos Clientes (população adscrita), através do Conselho de Saúde. Ao chegarmos em [nome do município] (Ce), há cerca de dois anos e meio atrás, encontramos uma situação devastadora, num município de pior taxa de mortalidade infantil do Ceará e vários problemas de saúde a resolver. Obtivemos, com o nosso trabalho conjunto, o reconhecimento de sermos um dos municípios da região (...) que mais se desenvolveu na área da saúde, nos últimos meses (...). (Fórum Pits)

O Programa de Interiorização dos Trabalhadores da Saúde-Pits não é apenas uma estratégia que deu certo, é também uma grande família que para realizar seu trabalho, seja ele assistencial ou educativo, muitas vezes vai de encontro à politicagem sórdida e à falta de compromisso dos gestores municipais. O fato de os profissionais não estarem totalmente atrelados aos recursos locais favorece a credibilidade da comunidade e o desenvolvimento de atividades de sensibilização social. O intercâmbio de profissionais de diversas regiões do país possibilita a troca de experiências, costumes, hábitos e crenças, despertando um sentimento de solidariedade entre todos. Acreditamos ter resgatado a dignidade de uma pequenina parte da nossa gente, acreditamos ter contribuído para a história da saúde pública deste maravilhoso Brasilllll. (Fórum Pits)

Priorizamos a qualidade dos cuidados com a saúde. Neste sentido, a Secretaria de Saúde Municipal contribuiu para a reforma do Centro de Saúde (...), de modo a melhorar a prestação de nossos serviços. Também intensificamos a vigilância na qualidade do atendimento aos vários tipos de clientela e faixas etárias, como as crianças, mulheres, idosos, pacientes crônicos, hipertensos, diabéticos, tuberculosos e doentes de hanseníase. Enfatizamos as medidas preventivas, como a prevenção do câncer de mama e do colo uterino. Estamos fazendo visitas domiciliares de rotina àqueles que não podem se movimentar ao centro de saúde. O prontuário familiar foi implementado. Foi dada preferência à caracterização dos diversos prontuários individuais de acordo com as peculiaridades de cada clientela. Por exemplo, temos prontuários específicos para o atendimento de idosos, crianças, adolescentes, mulheres, pacientes psiquiátricos, etc. Administramos cursos de capacitação aos diversos agentes de saúde. Também utilizamos, muitas vezes, o nosso tempo em reuniões de integração, confraternização, reciclagem e planejamento de ações. Em relação às várias estatísticas existentes, a cidade de [nome do município] melhorou bastante na questão saúde. Diminuímos consideravelmente a mortalidade infantil, a mortalidade geral; melhoramos os índices de vacinação, além de outras conquistas. Atualmente, trabalhamos junto às comunidades, tentando compreender mais a fundo as várias necessidades da população, visando, assim a um desenvolvimento sustentável da atenção primária. (Fórum Pits)

Foi oferecido, através de monitoria oficial, curso adaptado aos futuros Conselheiros Locais de Saúde de nossa área de abrangência. Utilizou-se o Guia do Conselheiro e o Caderno de Atividades do Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde, do Ministério da Saúde, além de outros materiais pedagógicos. Está sendo uma experiência com ativa participação comunitária. Mais oficinas deverão ser feitas, visando à conscientização e à formação de Conselheiros responsáveis e atuantes. (Fórum Pits)

Estão sendo empossados, hoje, os mais novos conselheiros (locais) de saúde, representantes das áreas atendidas por nossa equipe de Pits/PSF, em [nome do município]. Nesta ocasião festiva, serão fornecidos os certificados do curso de capacitação para conselheiros de saúde, fornecidos pela Secretaria Municipal

de Saúde. Ficamos contentes de termos mais um instrumento a nossa disposição, rumo a uma saúde mais eficiente e democrática. (Fórum Pits)

No documento "Tópicos da política de desenvolvimento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde", o Ministério da Saúde, ao se referir à avaliação efetuada sobre o Pits, afirma que:

> Um dos principais resultados positivos encontrados na avaliação diz respeito à constatação por parte dos pesquisadores de que na maioria dos locais surgem indícios de que os profissionais interiorizados começam a vivenciar o cotidiano daquele município, o que pode ser considerado como pré-requisito básico para que esses médicos e enfermeiros passem a se sentir como parte daquela comunidade, podendo ocasionar posterior fixação. (Brasil, 2002h: 19)

No mesmo documento, o Ministério aponta aspectos positivos verificados ao longo da vigência do Pits, tais como:

- grande receptividade ao programa por parte da comunidade;
- melhoria da qualidade de assistência à saúde;
- contribuição na organização dos serviços locais de saúde;
- contribuição na reativação dos Conselhos Municipais de Saúde;
- melhora na cobertura vacinal, puericultura, assistência pré-natal, prevenção do câncer ginecológico e no controle da hipertensão arterial, diabetes, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis;
- melhoria dos indicadores de saúde e dos sistemas de informação (Brasil, 2002h: 18)

Atuação da Coordenação Nacional

Foi na então Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), que se iniciou a discussão, no âmbito do Ministério, para a formulação do Pits. Com a criação, logo a seguir, da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), o debate se transferiu para lá, onde efetivamente o Pits foi formulado. A idéia de criar o Programa, segundo o então secretário de Políticas de Saúde, entrevistado para o estudo da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, surgiu como reação a uma das questões que se colocavam

como críticas para a expansão do PSF: a dificuldade de interiorizar médicos. A queixa, segundo o entrevistado, partia dos secretários municipais de saúde e também dos prefeitos.

Foram feitos alguns estudos e recuperados outros já existentes, de forma a obter subsídios técnicos e jurídicos que orientassem a opção por uma determinada alternativa. O passo seguinte foi gerar um ambiente favorável para uma parceria entre o governo federal (envolvendo o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o Ministério da Ciência e Tecnologia), as entidades médicas, o Conass e o Conasems.

Foi criada uma coordenação nacional para a execução do Programa, ligada à área técnica de recursos humanos da própria Secretaria de Políticas de Saúde. Isso facilitou a condução de outras políticas paralelas de recursos humanos, como a política de mudanças curriculares.

A Portaria n. 227/GM, de fevereiro de 2001, estabeleceu as atribuições da coordenação nacional, cujo cumprimento foi cheio de percalços (Brasil, 2001b). Aqui serão destacados mais especificamente os aspectos que influenciaram, positiva e negativamente, a adesão dos médicos ao Programa, tomando-se como principais fontes para isso as mensagens disponíveis no Fórum do Pits, as entrevistas com os gestores e documentos técnicos. O objetivo é analisar a atuação da coordenação nacional no que se refere ao cumprimento de suas atribuições precípuas: o repasse de recursos e o provimento de meios para o processo de educação, pesquisa e supervisão permanentes.

Segundo o *Relatório de Gestão* do Ministério da Saúde, o Programa contou com "um sistema permanente de controle e avaliação", que teve como finalidade "(...) identificar os fatores favoráveis e desfavoráveis, para que se proceda às correções necessárias" (Brasil, 2002e: 60). Para proceder à avaliação, a coordenação nacional criou e capacitou uma equipe, composta por 12 técnicos, que fizeram reuniões nos estados com os tutores e coordenações estaduais do Programa e do curso de especialização. A mesma equipe realizou reuniões, nos municípios, com os gestores e representantes das comunidades, além de visitas às unidades básicas e às moradias dos profissionais, os quais responderam a um questionário de avaliação.

> Nos quatro primeiros meses do Programa, foram visitados 56 municípios de 16 estados, o que representou 40,0% do total de cidades participantes. A amostra incluiu municípios que

> apresentam alta e baixa densidade populacional, diferente grau de dificuldade de acesso e de distância da capital, e número variável de equipes. Quando o programa completou nove meses, o restante dos municípios foi visitado. (Brasil, 2002e: 60)

Por meio da verificação *in loco* e de entrevistas, os técnicos avaliaram o desempenho da coordenação estadual e dos tutores, a contrapartida dos gestores e o desenvolvimento do Programa.

Iniciando pela tutoria e supervisão, vê-se que a avaliação promovida pelo Ministério revelou que 43,8% dos médicos participantes do Pits a qualificaram como 'boa'; mas outros 43,8% a consideravam 'insuficiente'; e mais 12,5% como 'regular', o que totaliza quase 57% de médicos insatisfeitos (Brasil, 2002e). Esses dados são compatíveis com as respostas dos médicos ao questionário aplicado pelo estudo da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, quando indagados acerca dos fatores que consideraram satisfatórios no Programa (apresentados na Tabela 25). Na referida tabela, observa-se que a tutoria contou com um percentual de apenas 2,7% de citação como fator satisfatório.

Os tutores foram selecionados pelas secretarias estaduais de Saúde e remunerados pelo Ministério, via Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de uma bolsa no valor de R$ 1.500,00. A tutoria foi realizada com o uso da internet e visitas periódicas de acompanhamento, tendo como objetivo "(...) atender às demandas dos profissionais referentes à capacitação e atuação prática no serviço de saúde" (Brasil, 2002e: 59).

Há mensagens no fórum do Pits que confirmam a insatisfação e até mesmo a inexistência de tutoria em algumas localidades:

> *(...) os tutores não receberam das Secretarias Estaduais de Saúde condições para exercerem adequadamente suas funções (...)* (Fórum Pits)
>
> *(...) Que diferença entre o discurso e a prática. Basta analisar o que foi prometido e o que está sendo oferecido. Nem tutor médico existe aqui para [nome do município]. Quem é o culpado por tanta bagunça?* (Fórum Pits)

O ex-secretário de Políticas de Saúde admite que houve problemas com a tutoria: "(...) um problema operacional, a tutoria, mas foi pelo menos a primeira experiência de tutoria que se teve, quer dizer, havia o tutor, então algumas funcionaram, outras não funcionaram (...)" (Maciel Filho, 2007: 160).

Já no que se refere ao curso de especialização, ainda segundo a avaliação promovida pelo Ministério da Saúde, 60% dos médicos o consideraram 'bom' (Brasil, 2002e). No entanto, o curso foi reputado como 'regular' por 22% e 'ruim' por 9%, o que totaliza 31% de médicos insatisfeitos. Esse percentual é expressivo se considerarmos que o curso foi encomendado pelo Ministério especificamente para o Pits. E é agravado quando se verifica que:

- somente para 52% dos profissionais, o conteúdo ministrado foi considerado 'bom' para o desempenho das demandas de atendimento do Pits (33% o avaliaram como 'regular' e 9% como 'ruim');
- a metodologia do curso foi reportada como 'boa' por 50%, 'regular' por 32% e 'ruim' por 11%;
- as atividades planejadas para o período de dispersão foram referidas como 'compatíveis' por 64% e 'incompatíveis' por 22% (somente 44% dos profissionais executavam 'totalmente' as atividades previstas para o período de dispersão, 26% realizavam 'parcialmente' e 17% 'não executavam').[11]

Um problema relevante enfrentado pela coordenação nacional para a oferta do curso de especialização é apontado pelo ex-secretário de Políticas de Saúde, que admite ter sido difícil administrar o deslocamento dos profissionais para freqüentarem o curso nas capitais.

> O que a gente sentiu de maior dificuldade nesses cursos de especialização foram os deslocamentos, quer dizer, havia deslocamentos dos municípios para as capitais, uma certa dificuldade das faculdades de interiorizarem o curso para os municípios, até porque os municípios eram de regiões diferentes, um problema operacional (...). (Maciel Filho, 2007: 161)

De qualquer forma, a coordenação nacional procurou superar essa dificuldade da melhor forma possível e estimular a formação e o interesse dos profissionais na área de saúde da família, como, por exemplo, patrocinando passagens aéreas para os que desejassem fazer a prova de especialista em medicina de família e comunidade, da SBMFC.

---

[11] Dados adicionais sobre a avaliação do curso de especialização oferecido pelo Pits podem ser encontrados em Seixas e Stella (2002), que realizaram um estudo específico com este fim.

No entanto, em alguns estados houve atrasos consideráveis no início do curso e mesmo nas atividades de educação continuada,[12] conforme mensagens disponíveis no fórum do Pits. Houve demora também na emissão dos certificados de conclusão do curso de especialização, de participação no Pits e do Diploma de Serviços Prestados à Nação, o que foi tema de diversas mensagens no fórum, inclusive com dúvidas a respeito da própria titulação obtida com o curso:

> *Ontem, 28 de novembro, houve uma reunião (...) entre profissionais do Pits 1, 2 e 3, tutores e coordenação estadual. (...) solicitamos à coordenadora estadual que se informasse sobre algumas coisas que estão nos regulamentos do pits e que até então não foram cumpridas, tais como:*
>
> *- Diploma de serviços prestados à nação;*
>
> *- Certificado de participação no Pits (O Pits 1 recebeu apenas referente ao 1° ano);*
>
> *- Certificado de participação no curso de acompanhamento para egressos do Pits 1 (realizado pela UFC no caso do Ceará); (...)*
>
> *- Como fica a situação de nós médicos a respeito da possibilidade de ter direito a fazer prova de titulação pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade???? Segundo o que sabemos, o CFM não reconhece nosso diploma de especialização e não sabemos se a AMB nos permitirá fazer a prova, já que nosso tempo de especialização e trabalho de campo não foram devidamente supervisionados. (...)* (Fórum Pits)
>
> *(...) não consigo entender por que todo esse mistério em torno de resposta tão simples. Temos direito a estes certificados e também temos direito a uma resposta uma vez que é motivo de orgulho e conta pontos em nossos currículos (...) Aqui no Ceará está para sair um edital para concurso público e estes certificados são de suma importância (...).* (Fórum Pits)

Vários profissionais ressaltaram a relevância que atribuem ao Diploma de Serviços Prestados à Nação e o orgulho em vir a recebê-lo.

> *Já tenho em minhas mãos o 1º certificado, aquele assinado pelo Ministro Barjas Negri, e estou ansioso para receber os restantes. Deve ser tocante receber diploma de serviços prestados à nação, é o que está faltando no meu currículo. (...)*(Fórum Pits)
>
> *(...) estou feliz e lisonjeada em receber estes certificados.* (Fórum Pits)

---

[12] Para os profissionais que permaneceram por mais de um ano no Programa, o Ministério da Saúde ofereceu cursos de educação a distância, a partir de parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

> *Sou do Pits l e só recebi o certificado de participação do primeiro ano. Quero saber quando receberemos os outros dois certificados e por onde anda o nosso certificado de serviços relevantes prestados a nação. Um mérito e orgulho pessoal de cada um tê-lo e eu não abro mão.* (Fórum Pits)

Algumas das dificuldades da tutoria, do curso de especialização e da educação continuada podem ser atribuídas aos problemas de conectividade com a internet, enfrentados em várias localidades. O Ministério da Saúde formou uma Comissão de Conectividade, composta por representantes do próprio Ministério e do CNPq, encarregada da aquisição e distribuição de equipamentos de informática para uso dos profissionais do Pits nos municípios, devendo ainda, "(...) viabilizar a instalação de linhas telefônicas para acesso a e-mail, web, biblioteca virtual, e o acesso a tutores e a cursos de especialização e a educação a distância" (Brasil, 2002e: 59). O processo de compra e distribuição dos equipamentos foi iniciado em outubro de 2001, "(...) tendo sido adquiridos 315 computadores completos. Até março de 2002, foram entregues 95,6% dos equipamentos" (Brasil, 2002e: 59). As linhas telefônicas, não residenciais, foram instaladas nos postos de saúde ou na residência dos profissionais, com serviço de discagem direta gratuita (0800) específico para o Pits, com alcance estadual, para contato com as coordenações estaduais. As linhas também contavam com serviço discado para acesso à internet. Mas, das 2.490 linhas necessárias, só haviam sido instaladas 151, até agosto de 2002 (Brasil, 2002e, 2002f).

Os profissionais que não enfrentavam esse tipo de problema serviam, muitas vezes, no fórum do Pits, como porta-vozes dos demais, com os quais se comunicavam por telefone. Mesmo assim, os que dispunham dos meios de comunicação, também enfrentavam problemas:

> *Creio que a maioria dos profissionais de saúde vive em cidades onde não existe provedor para internet, nem serviços diferenciados (...); e para participarmos deste fórum, por exemplo, pagamos taxas de interurbano.* (Fórum Pits)

Mas o processo de comunicação não foi dificultado apenas por fatores tecnológicos. A comunicação entre a coordenação nacional e os profissionais não se mostrou muito eficaz ao longo do desenvolvimento do Programa. Inicialmente, a criação do fórum foi muito elogiada pelos profissionais nas próprias mensagens ali postadas, criando uma expectativa de que a partir de então a comunicação com a coordenação nacional estaria facilitada:

Olá, felicitações a todos os pitianos e coordenação federal do Pits, enfim, a todos que colaboraram para que este Fórum fosse criado. (...) acho que este novo espaço está nos dando a oportunidade de melhor aproximação também com a coordenação federal do programa e isto muito nos interessa, além de ampliarmos o nosso círculo de amizades com os colegas pitianos do Brasil inteiro. Parabéns pelo fórum e a todos os participantes. Ainda acho poucos integrantes, mas acredito que seja por conta da dificuldade técnica mesmo. Vamos aproveitar, esta será uma oportunidade ímpar!!! (Fórum Pits)

Contudo, muito rapidamente, o fórum se transformou em instrumento de comunicação usado eminentemente pelos profissionais, com pouca participação da coordenação nacional. Essa precária comunicação com a coordenação funcionou, por vezes, como um fator a mais de desgaste, chegando mesmo a agravar as críticas e o descrédito por parte de vários profissionais. O próprio fórum ilustra bem esse aspecto, com inúmeras mensagens de queixa acerca da falta de atenção e comunicação por parte da coordenação nacional. Eis alguns exemplos:

Aqui no Fórum nossas dúvidas têm sido respondidas pelos colegas e não pela coordenação federal (...). (Fórum Pits)

Creio que boa parte do pessoal que está atualmente no Ministério da Saúde antes queixava-se da falta de comunicação dos gestores anteriores. A história está se repetindo. Não nos informam nada (...). O interessante é que foi enfatizada a importância da comunicação durante o curso do Pits (...). (Fórum Pits)

Quando paro e penso, olho para o meu passado, tudo que deixei para trás, como muitos dos colegas, por acreditar em um Brasil melhor, vejo que somos fantoches nas mãos de políticos e que apesar de tantos anos de estudo, procurando sempre fazer o melhor para o próximo, muitas vezes somos manipulados e enganados. (Fórum Pits)

Quando um dia, por qualquer razão, não estiveres ocupando um cargo, porque é assim que acontece, um dia da caça, outro do caçador, não se esqueça de todos esses e-mails encaminhados que permaneceram sem respostas. Venha conhecer o Norte, o Nordeste, anonimamente, venha viver o dia-a-dia de um profissional de saúde, venha ver como as verbas chegam à população. (...) Continuem nos ignorando, continuem não mandando respostas. (Fórum Pits)

Houve também problemas no cumprimento de garantias previstas no regulamento do Programa, quanto ao provimento de recursos básicos para o exercício das atividades dos profissionais e condições de trabalho. Esses problemas incluíram atrasos e até mesmo não recebimento do *kit* de assistência farmacêutica básica, do *kit* de equipamentos básicos e dos

livros didáticos. Diversas mensagens no Fórum do Pits ilustram os problemas enfrentados pelos profissionais:

> *Gostaria de saber se ainda este ano [novembro de 2003] receberemos o* kit *da farmácia básica (...) Estes* kits *nos ajudam muito, pois a prefeitura compra muito pouco (...).*(Fórum Pits)

> *Espero que a verba seja viabilizada de forma que possamos realmente recebê-la, pois a situação de nossos municípios é péssima quanto a isso. A farmácia básica é imprescindível para a implementação dos programas, pois é só o que temos de medicamentos para oferecer à população e aqui no Maranhão há muito tempo não recebemos.* (Fórum Pits)

> *Sou do município do [nome do município] e também gostaria de saber quando iremos receber nosso* kit *básico da farmácia, pois o mesmo faz muita falta, pela carência da população, distância da capital de 600Km, estrada de chão (...).* (Fórum Pits)

> *Aqui em [nome do município], recebemos os* kits *A e B há cerca de duas semanas atrás e eles vieram violados. É a segunda vez que isso acontece e faltam-nos medicações importantes para os programas de atenção básica, inclusive as sacolas de distribuição. (...) Mas realmente gostaria de saber se é só aqui que isso acontece... Aliás, já começo a sentir saudades dos* kits *de atenção à mulher e preservativos; notamos diferença no perfil de gestações. Aliás, também sinto falta dos* kits *do programa de prevenção de colo uterino... (...).* (Fórum Pits)

> *O nosso* kit *também foi violado e 'filtrado'. Tudo que o violador achou bom ficou para ele. Já reclamei com quem de direito em Brasília (...) e nada aconteceu, continua o problema.* (Fórum Pits)

> *Só respondo agora, pelo longo período sem comunicação pela internet no Pits. Quero aqui aproveitar para questionar. (...) o programa não vem cumprindo as propostas do início, tais como:* kit *com oftalmoscópio e outros materiais, inclusive livros (...).* (Fórum Pits)

No segundo semestre de 2003, começaram a surgir comentários, no fórum do Pits, dando conta de que o Programa seria extinto ainda naquele ano. Isso gerou muitas dúvidas e angústias por parte dos profissionais, manifestadas no próprio fórum, onde indagavam à coordenação nacional sobre a veracidade dessas informações. A falta de respostas por parte da coordenação acirrou o desgaste entre as duas partes. Somente em novembro a coordenação nacional informou, por meio do fórum, que:

> *Após a realização do Seminário de Avaliação realizado em Brasília nos dias 01 e 02 de julho de 2003, iniciamos o processo de reformulação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – Pits, com o objetivo*

de integrá-lo às estruturas do SUS, particularmente à atenção básica, desencadeando a transição do Programa para os sistemas municipais de saúde e buscando assegurar a permanência das equipes nos municípios. Na certeza de sua compreensão, peço a gentileza que aguarde novas informações mais precisas e concretas com relação ao referido Programa, pois ainda estamos em fase de negociação. (Fórum Pits)

O informe não foi suficiente para aplacar a ansiedade dos profissionais que continuaram se manifestando a respeito no fórum:

> *Olá, companheiros do Pits. (...) Vou aproveitar para fazer um desabafo e tirar um pouco dessa tristeza que teima em chegar devagarzinho, quando penso no futuro de nosso trabalho. Está ficando difícil dar respostas para meus amigos das comunidades onde trabalho, a respeito da continuidade do Pits. Estão acontecendo várias consultas, onde meus pacientes querem apenas saber se vamos continuar ou não. E eu procuro, da melhor forma, explicar que ainda está para ser definido. Depois de 2 anos e meio de luta, de resistência, de persistência, de construção de laços de confiança e de amizade, estamos sedimentando todas as nossas frentes de trabalho, e o melhor, com a ajuda da população. Agora que começamos a sentir e ver os frutos de nossa semeadura, vem a tristeza de pensar que tudo isso pode ficar pra trás. Que me desculpem as pessoas da coordenação nacional, mas até agora não entendi exatamente o que querem dizer com 'fazer parte efetivamente da estrutura do SUS', pois sempre me considerei uma 'fazedora' do SUS. Se isso significa depender da estrutura dos municípios em que estamos, para continuidade do projeto, não posso falar por todos, mas a realidade aqui é que não teremos como continuar. Sinto dizer que um dos fatores que manteve a permanência e o respeito pelo Pits foi o fato de estarmos ligados 'diretamente' ao MS, o que possibilitou a implementação de várias ações, uma vez que de certa forma atuamos como 'fiscalizadores'. (...) espero de coração, assim como vários dos meus amigos-pacientes que aqui conheci, que o Pits não passe a ser mais um desses 'projetos-foguete', brilham muito quando iniciados, mas apagam-se, deixando um vazio para aqueles que participaram do espetáculo. Um grande abraço a todos. (...).* (Fórum Pits)

> *É (...), aqui em [nome do município], a situação não é diferente... tem pacientes que começam a chorar, quando também não me fazem chorar. Tanto o secretário quanto o prefeito mostram as mais belas intenções de manter nossa equipe, mas sei que o município não tem condições, tudo devido à má administração do dinheiro público, diga-se de passagem. Estes últimos meses têm sido estressantes e angustiantes visto a não decisão em todas as instâncias.* (Fórum Pits)

Poucos dias depois, também por meio do fórum, a coordenação nacional divulgou ofício da Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com a informação de que o Pits passaria a integrar

os sistemas municipais de saúde, mediante repasse direto de recursos financeiros, com os profissionais sendo incorporados como equipes de PSF locais:

> *O Ministério da Saúde informa que está promovendo a integração e a incorporação das equipes do Pits às equipes de Saúde da Família. Isso quer dizer que está assegurada a possibilidade de permanência de todos os profissionais atualmente lotados no Pits em suas atuais equipes e local de trabalho, mediante vinculação ao sistema local de saúde.*
>
> *Na próxima semana, serão divulgados os detalhes operacionais e políticos desse processo de integração, que será apresentado primeiramente ao Conass e Conasems. Afirmamos, no entanto, que a proposta do Ministério da Saúde, além de qualificar e fortalecer a política de atenção básica em saúde, vai assegurar integralmente os recursos financeiros atualmente comprometidos com o Pits, garantindo dessa forma as condições de remuneração dos atuais profissionais bolsistas.*
>
> *Informamos ainda, que os cursos de especialização aos profissionais do Pits que ingressaram em agosto de 2003, serão mantidos e ampliados para os profissionais das equipes de Saúde da Família.* (Fórum Pits)

O ofício gerou imediata reação por parte dos profissionais, no fórum do Pits. As duas mensagens a seguir ilustram bem os efeitos do comunicado sobre os médicos:

> *Após a leitura atenciosa do citado documento, penso oportuno tecer algumas considerações, até para que possamos dirimir dúvidas que acredito comuns a muitos.*
>
> *A primeira questão surge quando colocado que o Ministério da Saúde 'stá promovendo a integração e a incorporação das equipes do Pits às equipes de Saúde da Família'. A princípio, do ponto de vista estrutural, nos parece um processo de consecução aparentemente simples, se considerarmos que nesses municípios a gestão optou por organizar a atenção básica, tendo como estratégia estruturante o Saúde da Família. Também, teoricamente, estariam facilitados os repasses financeiros, visto que esses municípios ora recebem recursos para manutenção e implementação das equipes já existentes – transferências 'fundo-a-fundo'. Minha dúvida diz respeito aos municípios onde, até então, só existem atuando as equipes do Pits, que por ironia não são consideradas equipes do Saúde da Família nem pelo Siab (SIA/SUS), e onde não é permitido o cadastramento das mesmas nesse sistema. Logo, como se daria o repasse financeiro para remuneração dos profissionais e manutenção das futuras equipes do Saúde da Família nessas localidades? Prosseguindo, o texto diz que 'está assegurada a possibilidade de permanência de todos os profissionais...'. Não suponham sarcástica minha exposição, e perdoem-me a confusão, mas não entendo como pode-se assegurar uma possibilidade. Por definição assegurar é 'garantir; afirmar*

com segurança ou certeza'. Então me pergunto como assegurar uma possibilidade? Ou seja, assegurar algo que pode ser, acontecer ou praticar-se, ou não! (Fórum Pits)

Quero concordar com a interpretação do colega (...) e chamar a atenção para as entrelinhas, já que passaremos à sujeição de normas municipais que sabemos sequer existirem em muitos dos municípios atendidos pelo Pits, já que pela própria proposta inicial do programa, não estavam (mudou?) aptos a assumir equipes de Saúde da Família.

Creio ser imprescindível a representatividade dos integrantes do programa em todas as fases desta discussão, pois quando aceitamos participar do programa foi em grande parte pela credibilidade gerada pelo MS; também por crer que a experiência gerada pelo tempo de programa pode ser útil na elaboração das novas propostas (...). (Fórum Pits)

Em função das dificuldades de comunicação, por meio do fórum, com a coordenação nacional, os profissionais procuravam obter informações por conta própria sobre a continuidade do Programa e as postavam para compartilhar com os demais. Um dos profissionais postou o que denominou 'Alerta aos Pitianos', informando sobre uma reunião prestes a ser realizada entre a coordenação nacional e os gestores estaduais e municipais para decidir sobre os rumos do Programa. O 'alerta' contou com repercussão imediata, por meio de sucessivas mensagens de apoio de outros profissionais.

Com a falta de resposta ao 'alerta' por parte da coordenação nacional, os profissionais mais uma vez se encarregaram de obter informações, dessa vez sobre os resultados da reunião, divulgando-as no fórum:

Caros colegas!!! Segundo notícia divulgada por gestores locais, o resultado da reunião de hoje em Brasília foi que, a partir de janeiro de 2004, já estaremos vinculados aos municípios (processo de municipalização). Não quero ser precipitada em nenhum comentário, uma vez que a notícia ainda é extra-oficial e não sabemos de que forma o processo se deu, nem ao menos os detalhes técnicos. Peço que os colegas que tiverem informações socializem com o grupo. Aguardamos a posição da coordenação nacional do Pits (...). (Fórum Pits)

Estamos em plena Conferência Estadual de Saúde, lutando, articulando por participação social, como profissionais que somos, dando a nossa contribuição para o SUS que queremos. E hoje somos surpreendidos por muitos comentários de gestores, comentando que (...) acabou mesmo e que o nosso salário será repassado pelas prefeituras com as devidas deduções e (...) quem quiser (...) a Prefeitura decidirá os termos do contrato. (...) veja (...) novamente o que o silêncio de vocês nos proporcionou: desgosto, descrédito desmotivação (...) Meu sentimento hoje é de muita insatisfação, não valeu nada confiar!!!!!!!!!!!!! (Fórum Pits)

(...) o Pits deixa de existir a partir de 30 de dezembro. E estaremos nas mãos dos gestores locais. Se o município tiver o profissional do Pits no dia 01/01/04, está garantido o repasse da verba fundo-a-fundo para o município nos pagar. Por mais 180 dias. Porém, se o município quiser dispensar este profissional e contratar outro após esta data, fica à vontade dele, o dinheiro continuará a vir. Só quem fica na corda bamba somos nós. O acordo agora é com os gestores municipais. (Fórum Pits)

Estamos recebendo muitas informações sobre nosso futuro e temos que organizar nossas vidas. Até agora só nos foi demonstrada total falta de respeito e consideração. A maneira com que as coisas foram feitas foi autocrática e não levaram em conta nada do que tínhamos a dizer, ou o que poderíamos acrescentar... (...). (Fórum Pits)

Somente um mês depois da reunião com os gestores estaduais e municipais, a coordenação nacional postou novo comunicado, no fórum do Pits, datado de 17 de novembro e também assinado pela secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com esclarecimentos sobre problemas jurídicos que o Programa vinha enfrentando desde o início do ano, ameaçando sua continuidade. O comunicado, no formato de um ofício, informa que os problemas surgiram a partir de auditoria de rotina realizada, no CNPq, pelo Tribunal de Contas da União, no início de 2003. Desde então, o Ministério da Saúde vinha estudando alternativas para garantir a continuidade do Programa, que, conforme esclarece o ofício, estaria assegurada somente até julho de 2004:

A partir do Seminário de Avaliação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde ocorrido em Brasília (julho/2003), o Ministério da Saúde vem buscando alternativas para integração do Programa às estruturas do SUS, particularmente à atenção básica, na perspectiva de fortalecer os sistemas locais de saúde.

Esse processo ganhou ainda outra emergência quando no primeiro semestre deste ano, em processo regular de auditoria no CNPq, o Tribunal de Contas da União deferiu decisão considerando irregular a gestão financeira do Programa mediante convênio entre esse órgão e o Ministério da Saúde. Na ocasião, foi determinado o prazo de 180 dias, a partir de julho de 2003, para que o CNPq e Ministério da Saúde indicassem caminhos para resolução do problema.

Dessa forma a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde juntamente com a Secretaria de Atenção a Saúde elaboraram uma proposta em caráter provisório, que previa transferência dos recursos diretamente aos municípios, buscando assegurar a permanência das equipes nos municípios. Essa proposta foi discutida em reunião realizada em Brasília no dia 24 de novembro de 2003 com os gestores municipais, coordenadores estaduais do Pits e coordenadores da atenção básica.

Simultaneamente a este processo, o Ministério da Saúde solicitou, junto ao Tribunal de Contas da União, a dilatação do prazo estabelecido para

término do convênio. A deliberação do TCU a esse respeito ocorreu no último dia 10 de dezembro, sendo favorável à prorrogação do prazo por mais 180 dias a contar de 22 de janeiro de 2004.

Portanto, não será necessária a implementação da alternativa transitória, já que seguirá sendo possível manter a remuneração dos profissionais através das bolsas. Apesar disso, seguiremos adiante com o processo de integração do programa com a atenção básica, e a gestão das equipes será transferida aos municípios, conforme o que havíamos discutido.

Durante os próximos meses, o Ministério da Saúde apresentará ao Conass e Conasems uma proposta de política definitiva para viabilizar a fixação de profissionais em municípios de difícil acesso e com indicadores que merecem atenção diferenciada. (Fórum Pits)

Ao longo de 2003, até a extinção do Programa, em julho de 2004, houve uma série de contratempos ocasionados ou agravados por esse cenário. Foram contratempos de todas as ordens, que interferiram em vários aspectos do funcionamento do Programa, desde atraso no pagamento das bolsas, suspensão de diárias e transporte para que os profissionais pudessem freqüentar o curso de especialização nas capitais, até o agravamento do não cumprimento da contrapartida municipal. Foi um período de intensa troca de mensagens, no fórum do Pits, entre os profissionais, relatando os problemas enfrentados:

Colegas do Pits III. Esta mensagem vai para aqueles que por ventura estão tentando realizar o curso de especialização. Tomamos conhecimento da suspensão das diárias, para quem está fazendo o curso de especialização. Gostaria de saber do posicionamento dos demais participantes que estão em condições semelhantes a minha. No meu caso, será impossível de continuar, já estou bancando meus gastos aqui em [nome do município], agora ter que gastar com diárias, não dá, vou terminar pagando para trabalhar. (Fórum Pits)

É apenas uma impressão, ou estamos mesmo com atraso no pagamento de nossos salários??? (...). (Fórum Pits)

Pois é, aqui estamos com mais um mês de atraso... (Fórum Pits)

Mas, desde o informe oficial, em novembro, de que o Programa só se manteria até julho de 2004, a tônica das mensagens do fórum foi, essencialmente, a confirmação desse prazo final, as condições de trabalho até lá e o destino dos profissionais e suas angústias e ansiedades em relação ao futuro.

A coordenação nacional respondeu aos profissionais no fórum, em março de 2004, com dois comunicados. O primeiro, no formato de ofício,

esclarece algumas questões acerca do curso de especialização. O segundo faz uma espécie de balanço da trajetória de gestão do Programa:

> *O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde/Pits é uma iniciativa desenvolvida pelo Ministério da Saúde, desde 2001, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq, com o objetivo de propiciar a atenção à saúde em municípios que, por dificuldade de acesso ou escassez extrema de recursos, não contavam com profissionais de saúde para o desenvolvimento da atenção básica.*
>
> *O Programa foi concebido com caráter transitório e como indução aos gestores municipais para implantação e reorganização de suas ações de saúde, considerando a estratégia da saúde da família.*
>
> *O prazo para o término do convênio com o CNPq firmado ainda no governo anterior foi até junho de 2004.*
>
> *Durante o primeiro semestre do ano de 2003 o Programa foi mantido em sua estrutura original, tendo havido, inclusive, processo seletivo específico para médicos, com o objetivo de completar equipes que só contavam com o profissional enfermeiro.*
>
> *Simultaneamente foi desencadeado processo de avaliação do Programa nos estados que culminou na realização de um Seminário de Avaliação (julho/2003 – Brasília), com objetivo de identificar em conjunto com todos os atores envolvidos, os problemas e avanços, bem como estratégias para o enfrentamento das dificuldades.*
>
> *Dentre os problemas apontados durante o Seminário destacamos a desarticulação do Programa com as demais estruturas do SUS, particularmente a atenção básica, verticalização/centralização das decisões no âmbito federal sem levar em consideração a realidade local levando ao estabelecimento de vínculo preferencial dos profissionais com o Ministério da Saúde em detrimento dos gestores locais.*
>
> *A partir desses resultados, iniciamos o processo de reformulação do Programa com o objetivo de integrá-lo às estruturas do SUS, particularmente à atenção básica, desencadeando a sua transição para os sistemas municipais de saúde buscando assegurar a permanência das equipes nos municípios.*
>
> *Esta necessidade ganhou ainda outra emergência quando, no primeiro semestre de 2003, através de auditoria regular no CNPq, o Tribunal de Contas da União deferiu decisão considerando irregular a gestão financeira do Programa através de convênio entre esse órgão e o Ministério da Saúde, determinando o prazo de 180 dias, a partir de julho de 2003 para que o CNPq e Ministério da Saúde apontassem proposta para resolução do problema. Dessa forma, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, juntamente com a Secretaria de Atenção à Saúde, elaboraram uma proposta em caráter provisório, garantindo a permanência das equipes nos municípios, que foi discutida em reunião realizada em Brasília no dia 24 de novembro de 2003 com os gestores municipais, coordenadores estaduais do Pits e coordenadores da atenção básica.*

Simultaneamente a este processo, o Ministério da Saúde solicitou junto ao Tribunal de Contas da União a dilatação do prazo estabelecido para término do convênio. A deliberação do TCU ocorreu em dezembro de 2003, sendo favorável à prorrogação do prazo por mais 180 dias a contar de 22 de janeiro de 2004.

Portanto, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, juntamente com a Secretaria Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde, deverão apresentar ao Conass e Conasems até março de 2004 uma política definitiva que viabilize a fixação de profissional em municípios de difícil acesso e com indicadores que merecem atenção diferenciada, através da definição de critérios que propiciem um financiamento diverso das ações de atenção básica organizadas pela estratégia Saúde da Família.

Concluindo, estamos aguardando a aprovação da proposta em reunião da Tripartite que deverá ser ainda em março/2004; o Programa será integrado ao PSF e esses municípios terão um financiamento diferenciado, considerando os critérios definidos. Além dos municípios do Pits serão incluídos municípios de todos os estados desde que obedeçam a esses critérios. Estamos aguardando parecer da Tripartite para que possamos oficializar as definições. (Fórum Pits)

A partir de então, os profissionais passaram a demonstrar, no fórum, sua ansiedade por obter informações acerca da reunião da Tripartite, que acabou sendo transferida para o final de abril. Como o retorno a essa solicitação, por parte da coordenação nacional, mais uma vez demorou, os profissionais manifestaram sua insatisfação com o que consideraram descaso e desrespeito com sua situação, e compartilharam suas dúvidas:

Realmente (...), estamos numa situação muito desconfortável e nem um pouco saudável. Não consigo entender o porquê deste silêncio todo da Coordenação. Precisamos resolver nossas vidas (...) pela segunda vez peço à coordenação que não mais adie a comunicação oficial do nosso destino (...). (Fórum Pits)

É lamentável a falta de humanidade e eficiência desta coordenação para com profissionais que saíram de seus estados para tão longe na tentativa de trabalhar por uma saúde pública de melhor qualidade (...) Fica aqui o meu protesto e desapontamento com a condução final deste programa, que com certeza foi um marco importante na história da saúde pública do país, por ter combatido o problema dos recursos humanos em regiões carentes e de difícil acesso (...). (Fórum Pits)

Mais uma vez, o esclarecimento veio primeiro por meio dos próprios profissionais, sem que a coordenação nacional tivesse se pronunciado:

Recebi da Coordenadoria do Pits [nome do estado] a seguinte mensagem: 'Comunicação sobre o Pits (...) Senhores Profissionais, Estamos nos aproximando do vencimento do contrato de bolsista do CNPq (Pits) que será em 30/06/2004. A coordenação nacional do Pits nos informou que a nova proposta de continuidade de tratamento especial aos municípios com IDH abaixo de 0,7 passou na Tripartite no último dia 29/04/2004. A proposta ficou assim: todos os municípios contratados com o Pits e os municípios com a população = 30.000 habitantes receberão incentivo por equipe do PSF cadastrada com 50% a mais do valor inicial. Ex.: município com 70% de cobertura do PSF recebe hoje X e passará a receber Y. Essa nova modalidade entrará em vigor a partir de 01/07/2004' (...). (Fórum Pits)

Colegas, é profundamente preocupante a forma com que vem sendo conduzido o término do Pits. Pois a coordenação do Pits no [nome do estado], conforme comunicado do colega (...), já comunicou aos profissionais a data do fim do Pits, bem como as decisões tomadas na Tripartite e, mesmo assim, persiste o silêncio da coordenação nacional no tocante ao assunto em pauta, cujo interesse dos profissionais é muito relevante. (...)

Relaciono preocupações pertinentes que não poderão, de forma alguma, ser desconsideradas:

- a diferenciação salarial existente hoje em um mesmo município entre o salário do Pits e PSF;

- o atraso salarial dos profissionais do PSF, em sua maioria;

- autonomia do município para contratar profissionais;

- a não existência de uma política nacional de remuneração dos profissionais do PSF para execução de uma mesma atividade em um programa (estratégia) de âmbito nacional e com os mesmos objetivos (melhoria de indicadores, assistência integral e humanizada, acessibilidade, prevenção de doenças e promoção de saúde e estímulo ao controle social etc);

- educação continuada.

Considerando a situação em curso, ou seja, aproximação do término do Pits concomitante com o prazo máximo para contratação de profissionais (de acordo com a lei eleitoral), bem como a indefinição dos gestores no que diz respeito a contratar os profissionais do Pits, concluímos que estamos correndo um grande risco de ficarmos excluídos e com pouquíssimas opções (relação oferta x procura) (...). (Fórum Pits)

Em função desse diagnóstico, os profissionais do Pits começaram a se mobilizar, por meio do fórum, para tentar evitar a extinção do Programa:

Caros colegas, aceitando sugestão de um colega de trabalho que diz para que todos os nossos prefeitos enviem carta pedindo a continuação do Pits,

endereçada à coordenação nacional do Pits, à coordenação estadual e ao Jornal [nome do jornal], quem sabe aí então poderíamos ter uma resposta mais efetiva. Vamos aceitar essa sugestão???? (Fórum Pits)

Vamos promover reuniões estaduais para discussão sobre os rumos do Pits? Embora estejamos em situação irregular, pois muitos permanecem há quase três anos sem vínculo ou direitos empregatícios, ainda acreditamos que o Pits possa ser uma melhor opção, se comparado ao contrato feito com algumas prefeituras, acostumadas a não cumprirem os seus compromissos, pagarem mal a maioria dos seus empregados e atrasarem o salário de seus funcionários. Seria o tempo, talvez, de tentarmos discutir saídas para o impasse. Sabemos que o Pits só existiu porque determinadas cidades estavam com a saúde muito deficiente. Então, o que melhor fazer para darmos continuidade às ações realizadas até aqui? Uma proposta seria a continuação do Pits até dezembro. É possível? Porém, como proceder após esta data? O ideal seria continuarmos nas cidades em que fomos lotados, porém sob contrato empregatício. Se muitos municípios não apresentam condições para nos oferecerem a tranqüilidade de uma remuneração apropriada e estável, como contornar isto, sem ferir os princípios do SUS? (...). (Fórum Pits)

O que está ocorrendo é política, logo, penso que o nosso alvo são os senhores deputados estaduais, federais e senadores da oposição, aí sim, é possível, que haja barulho e desta maneira poderemos ter alguma chance (...). (Fórum Pits)

Concordo que o CNPq visa à pesquisa e não ao trabalho, que desde o início sabíamos do término, mas peço aos coordenadores que implantem um novo Programa de Interiorização de Profissionais, pois este povo brasileiro precisa muito e está muito longe do SUS que queremos. O SUS que permanece no papel para muitos, aqui se vê colocar fezes de papagaio no ouvido quando se tem dor, tomar urina de cachorro quando tem diabetes, para tosse fezes de cachorro bem clarinhas, e por aí afora. Eu tenho certeza, e vi sentindo na pele, que precisamos fazer valer pelo menos um princípio do SUS neste país: eqüidade. Saúde é direito do Povo e dever do Estado. Aguardamos com ansiedade notícias oficiais quanto a prazos e outros pormenores. Sei que muitas vezes opiniões neste fórum podem fazer um coordenador, que tem o poder nas mãos, se questionar, repensar, dialogar, voltar atrás, resgatar princípios, acredito no bom senso deste governo. (Fórum Pits)

Somente no final de maio a coordenação nacional respondeu, no fórum do Pits, às inquietações dos profissionais, com a divulgação de um novo ofício:

Dirigimo-nos à Vossa Senhoria para informar que a proposta de Incentivo ao Programa de Saúde da Família-PSF para pequenos municípios foi aprovada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 29 de abril de 2004.

> *Por decisão do Tribunal de Contas da União (TCU), a remuneração dos bolsistas do Pits/CNPq somente poderá ser mantida pelo Ministério da Saúde até 30 de junho de 2004. Mediante o exposto, orientamos que as Coordenações Estaduais de Atenção Básica/PSF e os municípios envolvidos encaminhem, com urgência, solicitação para a próxima reunião da Comissão Intergestores Bipartite-CIB do seu Estado, proposta de qualificação de equipes de Saúde da Família no número correspondente ao número de equipes Pits hoje existentes em cada município* (ad referendum).
>
> *A aprovação de qualificação de equipes pode considerar, inclusive, as equipes incompletas do Pits. Essa medida visa dar agilidade ao processo de transição das equipes do Pits para equipes da Saúde da Família. Após a aprovação na CIB, os estados devem informar ao Ministério da Saúde para publicação. A partir daí, os municípios devem contratar os profissionais das equipes e cadastrá-los via Siab como equipes da Saúde da Família. Em relação às equipes incompletas, à medida que forem sendo completadas, devem ser informadas como equipes da Saúde da Família, passando a receber os recursos correspondentes.*
>
> *Sugerimos que a qualificação pela CIB estabeleça um prazo de 60 (sessenta) dias para regularização do processo, com encaminhamento do plano elaborado pelo município e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.*
>
> *Salientamos a necessidade do comprometimento de todos os gestores para que não haja descontinuidade na atenção à saúde prestada à população e de que a experiência e o acúmulo dos profissionais do Pits sejam levados em conta.* (Fórum Pits)

O ofício provocou reações de desânimo e desesperança dos profissionais do Pits, manifestadas no fórum, particularmente entre os que ainda acalentavam a expectativa de que o Programa não viesse a ser extinto:

> *O ofício enviado nos deixou com mais tristeza, desmotivados para prosseguir nosso trabalho. São sabidas, desde janeiro, as decisões que porventura seriam tomadas na reunião da Tripartite e do prazo do TCU. Porém, achávamos que o desfecho seria outro, quem sabe uma possível prorrogação até dezembro, ou alguma ONG, pois o período eleitoral se aproxima, e a nossa realidade é de que prevalecem aqueles que se comportarem como verdadeiros cabos eleitorais. Não temos nenhuma garantia de sermos contratados, nem tão pouco de recebermos nosso salário em dia. Será que depois de tudo o que enfrentamos e de tanto investimento, não merecemos no mínimo isso?! (...) Acredito que vamos passar por um momento de regressão na saúde, já que as propostas destes municípios onde nos encontramos atualmente não estão oferecendo uma proposta salarial digna, o que levará o profissional a sair do município e pela precariedade exposta, o município poderá até ficar descoberto de*

profissionais, acarretando novamente piora desses indicadores. Será que é isso que a comunidade quer? Que o MS quer? Vocês não estão pensando nas conseqüências dessas decisões verticalizadas? Lamento muito e acho que devemos repensar e buscar outro caminho, ampliar nossos horizontes. (Fórum Pits)

Manifestação do Pits/[nome do estado] – Redigida na penúltima reunião de [nome do município].

Nós, enfermeiros e médicos, especialistas em Saúde da Família, dirigimos nossas palavras de preocupação e alerta quanto à desativação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), responsável pelo atendimento de milhares de famílias, em todo o Brasil. Causa-nos estranheza e extrema preocupação a inativação de um programa em que foram investidos grandes esforços para a capacitação dos vários profissionais de saúde e colocação destes nos vários municípios brasileiros, possuidores de indicadores de saúde ruins e carentes de profissionais de saúde de nível superior. Fomos selecionados pelo Ministério da Saúde e treinados sob a supervisão de universidades de prestígio nacional, a fim de melhorarmos os principais indicadores de saúde dos municípios assistidos pelo Pits. Hoje, em plena época de eleições políticas, em um período tão difícil para encontrarmos boas propostas de trabalho, estamos sendo 'exonerados' (...) A contrapartida da coordenação nacional do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) é de incorporação dos profissionais do Pits ao sistema de saúde dos municípios em que fomos lotados, sendo que nossos salários seriam pagos, a partir de julho, pelos gestores municipais. Conseqüentemente, ficaremos à mercê de administrações municipais que talvez não cumpram, de modo regular, os seus compromissos salariais para com os seus novos contratados (...). (Fórum Pits)

Mas a decisão de extinguir o Pits, incorporando os profissionais aos sistemas municipais de saúde, estava tomada e já se mostrava irreversível. Em 18 de junho de 2004, a coordenação nacional divulgou, no fórum, novo ofício com detalhes dos procedimentos operacionais para a finalização das atividades do Programa.

Diante da irreversibilidade da decisão e da contundência do ofício, restou aos profissionais deixarem seu desabafo registrado no fórum. Um desabafo lúcido, que chama a atenção para o fato de o Pits ter, na realidade, estabelecido uma relação de trabalho entre o Ministério da Saúde, o CNPq e os profissionais, com todas as implicações jurídicas daí decorrentes, apontadas inclusive pelo TCU. Um desabafo que evidencia aspectos determinantes para iniciativas destinadas à interiorização de médicos e que serão explorados nas conclusões deste capítulo:

É lamentável a falta de seriedade das instituições, nesse país. O que o Ministério da Saúde fez com o pessoal do Pits, principalmente, o Pits III, foi

o que se chama quebra de contrato. (...) É preciso informar aos demais participantes que é lícito e legal processar o Ministério da Saúde por quebra de contrato (...). (Fórum Pits)

A coordenação nacional (...) estará aprofundando cada vez mais a tão abominável precarização do trabalho em saúde (tão discutida no seminário nacional de avaliação do Pits e repudiada pela atual gestão do Ministério da Saúde). (...) Pela valorização, respeito e dignidade aos recursos humanos do SUS. (Fórum Pits)

Prezados senhores que acreditaram no Pits. (...) me gerou um sentimento de revolta e vergonha, por saber que certos programas dependem de elementos que se dizem brasileiros, e mais a sensação de mais uma vez ter sido vencido e enganado pelo sistema onde predomina a corrupção e o desmando. Prezados colegas, cidadãos brasileiros, pais de família, idealistas (otários no nosso país), pagadores de impostos, que saíram dos seus lares, estados, do aconchego dos familiares, acreditando em um sonho, e também por uma remuneração um pouco menos indigna do que normalmente se paga a quem trabalha sério nessa nossa nação. Quem não pensa, ao chegar em uma comunidade carente aqui do nosso Nordeste, que vai melhorar alguma coisa para aquelas pessoas, que estão em um limite tênue entre ser um ser humano ou qualquer outro animal? Quem não se realiza com um sorriso de uma criança que antes chorava de dor ou de fome (obs.: o pessoal que tá no DF não sabe que isso existe aqui não, acha que só tem na África)? Quem não se sente realizado depois de um dia exaustivo de trabalho embaixo de um sol de mais de 40 graus, ver que uma, apenas uma pessoa, vai dali em diante ferver a água para beber? Fiquem certos e orgulhosos de que quem comprou essa idéia são os verdadeiros brasileiros, parabéns, modéstia à parte, palmas para nós, nosso ego precisa de massagem de vez em quando. Nós somos aqueles que vão à luta, como dizia o poeta. Após expor meus sentimentos nesse breve momento (não sei se vão deixar ficar no fórum muito tempo), quero convocar todos os participantes que se sentem desrespeitados como eu, a mover uma ação contra quem de direito (MS/CNPq), para que novos episódios semelhantes a esses não venham novamente a acontecer. Penso que esse é o único meio para tentar moralizar essa nossa pátria. (Fórum Pits)

Sons do silêncio. (...) A rigor, em 2001, quando muitos profissionais ingressavam no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, a maioria não tinha clareza do que realmente os aguardava. Eu pelo menos não. Muito menos que dois anos depois, próximo ao terceiro, ainda estaria inserido no mesmo projeto. Menos ainda, que estaria sentado neste momento tentando compartilhar minhas angústias, ou melhor, quem sabe, mágoas (...) E agora José? Naqueles idos, sentia-me como muitos, meio desbravador, meio cidadão do mundo, de quem o mundo cobra algo mais, além de 'ficar com a boca cheia de dentes esperando a morte chegar'. Grande Raul! E agora Maria? Disseram-nos que estavam nos destinando a locais onde os indicadores de saúde estavam muito abaixo do esperado, quanto mais desejados. Uma meia verdade incontestável. O que não nos foi dito, em

silêncio oportuno cumpliciado por nossa surdez eufórica, é que um outro indicador, tão ou mais aterrador estaria nos esperando, ao qual vamos denominar inaptidão gerencial. Característica, aliás, de grande parte desses municípios, onde imperam oligarquias decadentes há décadas – não me desculpem pelo trocadilho proposital. Injusto se não ressaltássemos a máxima de que a toda regra cabe exceção. Caso exista nesse caso. (...) À época, escutamos outros sons em meio ao silêncio. Sons que entendemos bem e aos quais não vou me ater. Afinal, as últimas eleições presidenciais já têm um bom tempo. Também não me aterei ao som turbulento promovido pela clara verticalização do processo. Veio à mente se não o estamos escutando novamente. Não sei. Penso que muitos devem estar se perguntando: e agora José? E agora Maria? Muito do pouco que fizemos, o conseguimos em função de uma certa 'autonomia' frente ao caos estabelecido pela mesma oligarquia a que querem nos subordinar (...). (Fórum Pits)

Tenho trabalhado em municípios do interior do Brasil desde que me formei em 1994, sendo que desde 1998 como médico do PSF. O que me fez aderir ao Pits em 2001 não foi o valor da bolsa, mas sim o conjunto de medidas complementares que visavam compensar as deficiências vivenciadas por quem mora e trabalha no interior, principalmente às relacionadas à educação continuada, à qualidade de vida e às condições de trabalho. O Ministério da Saúde garantiu, expressamente, que os profissionais do Pits teriam direito a curso de especialização, educação continuada, conectividade e tutoria, receberiam o salário em dia, teriam seguro de vida, moradia digna e boas condições de trabalho, ou seja, condições de vida e trabalho necessárias para que pudessem exercer dignamente a medicina nos mais longínqüos municípios do país. Condições essas que não existiam no PSF daquela época e que continuam não existindo atualmente no PSF da grande maioria das cidades do interior do Brasil. Posso dizer que o Pits funciona, com alguns problemas, mas funciona. Fiz o curso de especialização, não fiz a educação continuada à distância, a conectividade funciona relativamente bem, os tutores não receberam das secretarias estaduais de saúde condições para exercerem adequadamente suas funções, recebo meu salário em dia (ainda não me esqueci que estão faltando os 10% relativos a julho de 2003), minha moradia ainda está longe de ser digna, as condições de trabalho ainda não são as ideais, até hoje não recebi o meu kit *de materiais (está em processo de licitação desde 2001), o* kit *da farmácia básica não dá nem para o básico, mas enfim, consegui, juntamente com minha equipe, fazer um bom trabalho.*

Com a chamada institucionalização e integração do Pits ao PSF, o Ministério da Saúde repassará apenas o incentivo diferenciado para o PSF dos municípios selecionados, que farão com os recursos o que bem entenderem, como na verdade historicamente sempre o fizeram, e nós passaremos a ser reféns dos prefeitos e secretários municipais de saúde, uma vez que sabemos que as secretarias estaduais de saúde não têm recursos financeiros nem humanos suficientes para fiscalizarem o funcionamento das equipes do PSF. Por isso, grande parte dos profissionais do Pits, principalmente os médicos, já

> *abandonaram o Programa, fazendo com que a maioria das equipes esteja apenas com o profissional de enfermagem (resistindo bravamente) ou simplesmente já tenham deixado de existir, o que influi negativamente nos indicadores de saúde dos municípios contemplados com o Pits. Na minha opinião o Pits está no caminho certo, mas com certeza precisa de ajustes. Porém acredito que a solução encontrada pela coordenação nacional do Programa não é a mais adequada, sendo na verdade um retrocesso, pois em vez de estimular a interiorização de mais profissionais de saúde, está fazendo com que os profissionais já interiorizados retornem para as capitais. Entretanto, no íntimo da minha militância, espero estar enganado (...).* (Fórum Pits)

Ao ser entrevistada para o estudo da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, a então secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde esclareceu que a decisão de extinguir o Pits e incorporar os profissionais aos sistemas municipais de saúde foi tomada, fundamentalmente, pela impossibilidade jurídica de mantê-lo no formato de um programa de interiorização (Maciel Filho, 2007). Impossibilidade decorrente do modelo adotado quando de sua concepção, considerada inadequada, do ponto de vista legal, pelo TCU, por acarretar uma relação de trabalho precária. Ainda segundo a secretária, foram estudadas outras alternativas, inclusive do tipo serviço civil voluntário, mas que se mostravam inexeqüíveis dentro dos prazos definidos pelo TCU e pelo Ministério Público do Trabalho para o encerramento do modelo Pits.

Por fim, o desempenho do Pits como um todo – considerando-se aí todo o seu processo de funcionamento e, conseqüentemente, a atuação da coordenação nacional como gestora máxima – foi considerado pela maioria dos médicos participantes do Programa, na avaliação promovida pelo Ministério, como regular (68,8%). Apenas 18,8% o consideraram 'bom', e para 12,5% foi 'insuficiente' (Brasil, 2002e).

Atuação das Coordenações Estaduais

A participação dos estados no Pits iniciou-se quando da sua formulação, por meio de representação na figura do próprio presidente do Conass. A discussão se estendeu para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), onde foram debatidos os possíveis mecanismos e alternativas para promover a fixação de profissionais de saúde nos municípios mais carentes do país. No entanto, em que pese essa participação, na avaliação do então presidente do Conass, em entrevista para o estudo da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde,

> O Ministério da Saúde privilegiou a relação direta com os municípios, como ocorreu em muitos casos do próprio processo de municipalização. Quando as secretarias estaduais de saúde procuravam os municípios, verificavam que eles já estavam negociando benefícios e estímulos diretamente com o Ministério. (Maciel Filho, 2007: 187)

Essa estratégia foi considerada por ele como equivocada:

> Os estados foram consultados muito mais para referendar a proposta de criação do Pits do que para interferir efetivamente nos seus delineamentos e rumos. Houve, por exemplo, discrepância entre a lista de municípios indicados pelas secretarias estaduais de saúde para serem contemplados pelo Programa, por avaliação das equipes técnicas, e a lista do Ministério. (Maciel Filho, 2007: 187)

Com a criação da coordenação nacional, foram criadas também coordenações nos estados, vinculadas às secretarias de saúde, sendo os coordenadores escolhidos pelos respectivos secretários. As coordenações estaduais tinham as seguintes atribuições, definidas pela Portaria n. 227/GM:

> 1.2.1. articular, junto aos Pólos de Capacitação em Saúde da Família e às Instituições de Ensino Superior, a supervisão e a tutoria dos profissionais participantes do Programa;
>
> 1.2.2. garantir os deslocamentos intermunicipais dos profissionais integrantes do Programa no desenvolvimento de suas atividades;
>
> 1.2.3. planejar e acompanhar junto à Secretaria Estadual de Saúde a referência para o atendimento de pacientes encaminhados para especialidades, emergências ou internações;
>
> 1.2.4. operacionalizar o processo de habilitação dos municípios no Programa;
>
> 1.2.5. acompanhar, supervisionar e avaliar a sua implantação e o funcionamento do Programa;
>
> 1.2.6. garantir hospedagem de trânsito e o transporte dos profissionais entre o estado e o município de destino;

> 1.2.7. supervisionar junto às Prefeituras Municipais a hospedagem, alimentação e transporte dos profissionais; e
>
> 1.2.8. apoiar a Comissão Nacional de Seleção no processo seletivo no âmbito do respectivo estado. (Brasil, 2001b)

O desempenho das coordenações estaduais foi muito variado. Segundo dados da avaliação promovida pelo Ministério da Saúde, metade dos profissionais participantes do Pits considerou o desempenho da respectiva coordenação estadual como 'bom'. Outros 31,3% avaliaram a coordenação do Programa em seus estados como 'regular' e 18,8% como 'insuficiente' (Brasil, 2002e).

No caso de dois estados, Acre e Tocantins, os gestores estaduais, por iniciativa própria, concederam um incentivo financeiro a mais para os médicos, incidindo sobre o valor da bolsa paga pelo Pits, o que resultou em ampliação do preenchimento das vagas destes estados, da ordem de 70% (Brasil, 2002e, 2002g).

Ao ser entrevistado para o estudo da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, o ex-secretário de Políticas de Saúde, um dos formuladores do Pits, admitiu que: "(...) em alguns estados, o envolvimento da Secretaria Estadual apresentou algum grau de dificuldade, ou por discordância acerca da condução do Programa ou por dificuldade operacional mesmo (...)" (Maciel Filho, 2007: 188).

Esses fatores apontados pelo ex-secretário e as características da inserção dos estados na formulação do Pits, conforme descritas pelo representante do Conass, podem explicar as raras referências feitas pelos profissionais às coordenações estaduais, no fórum do Pits. Quando há alguma referência, nas 352 mensagens ali disponíveis, o que se revela é exatamente o pouco envolvimento dos estados no desenvolvimento do Programa. Parece que este envolvimento teve um caráter muito mais administrativo do que propriamente político e de efetivo comprometimento com a proposta.

Isso trouxe implicações para um dos mais importantes fatores para a boa prestação de atenção à saúde nos municípios contemplados pelo Programa e que figura entre as já citadas atribuições das coordenações estaduais: o planejamento e acompanhamento do sistema de referência para o atendimento de pacientes encaminhados para especialidades, emergências ou internações.

A ex-secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, responsável pela gestão política do Pits a partir de 2003, em entrevista para o mesmo estudo, destaca esse aspecto: “ (...) Eu acho que esse é um dos sérios problemas, essa coisa da relação com o resto do sistema, com a Secretaria Municipal de Saúde, com os serviços de saúde em si. Como era uma relação direta com o Ministério, era um problema complicado em termos da descentralização, em termos da estrutura” (Maciel Filho, 2007: 188).

Atuação dos Municípios

Assim como os estados estiveram representados pelo Conass no processo de formulação do Pits, também os municípios contaram com a representação do Conasems. Tal como o Conass, essa representação se deu por meio do presidente do Conselho, que, ao ser entrevistado para o estudo da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, declarou que a inserção da instância municipal no processo de formulação e gestão do Pits se deu em função de uma necessidade de pactuação por parte do Ministério, que construiu uma proposta para o Programa onde o Conasems esteve inserido muito mais no sentido de “(...) pactuar criticamente (...) do que uma construção, uma co-gestão desse processo” (Maciel Filho, 2007: 189).

Observando-se as atribuições municipais, definidas pela Portaria n. 227/GM, que criou o Programa, percebe-se que realmente são atribuições de caráter essencialmente operativo:

> 4.1. promover a organização da atenção básica em seu território, contratando, na forma da lei, os demais profissionais necessários a sua consecução;
>
> 4.2. garantir alimentação e moradia em condições de conforto e higiene adequadas, de forma individualizada e exclusiva, aos participantes do Programa em atividade no seu território;
>
> 4.3. assegurar a disponibilidade de unidade básica de saúde para o desenvolvimento das atividades inerentes ao Programa, provendo a sua respectiva manutenção e limpeza;
>
> 4.4. fornecer os equipamentos necessários para a prestação da atenção básica;
>
> 4.5. viabilizar a realização de exames laboratoriais básicos de diagnóstico;

> 4.6. assegurar o fornecimento de vacinas, medicamentos essenciais e outros insumos básicos para o funcionamento da unidade;
>
> 4.7. garantir o quantitativo necessário de auxiliares de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, observadas as diretrizes do Pacs;
>
> 4.8. assegurar transporte adequado para a transferência de pacientes, de acordo com a indicação médica;
>
> 4.9. assegurar suporte necessário para a referência e a contra-referência;
>
> 4.10. garantir o transporte dos integrantes do Programa para o desenvolvimento de suas atividades no município. (Brasil, 2001b)

Esse caráter mais operativo, atribuído pelo Ministério da Saúde à participação municipal no Pits, em detrimento de uma relação de co-gestão, como ressaltado pelo então presidente do Conasems, pode explicar algumas características e problemas que o Programa apresentou ao longo de seu desenvolvimento, o que acaba sendo confirmado, quando se analisa o documento "Tópicos da política de desenvolvimento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde", apresentado pelo Ministério da Saúde no Seminário Internacional sobre Política de Recursos Humanos em Saúde, promovido pela Opas em novembro de 2002. O documento aponta as fragilidades do Pits relacionadas com a atuação dos municípios, que seriam:

> - desconhecimento, por parte de alguns gestores municipais, dos princípios do Pits e da Estratégia de Saúde da Família, o que pode comprometer o bom desempenho de ambos os programas naquelas localidades;
>
> - o não cumprimento da contrapartida municipal pelos gestores, levando ao não atendimento das condições especificadas no Pits;
>
> - dificuldades em estabelecer um sistema de atendimento à população de referência especializada e contra-referência. (Brasil, 2002h: 19)

Ora, como municípios com sistemas de saúde incipientes e precários podem conhecer os princípios do Pits e da Estratégia de Saúde da Família sem que sejam incorporados em um processo efetivo de co-gestão,

devendo limitar-se a cumprir atribuições de caráter fundamentalmente operativo?

O representante do Conasems destaca, em sua entrevista, aspectos essenciais da relação entre entes gestores, alertando para os riscos da verticalização:

> O Pits é uma boa política para ser analisada de como a radicalidade da descentralização no Brasil tem dificuldade de conviver, inclusive hoje, com programas híbridos (...). O Pits não chega a ser um Programa oblíquo, sabe, então o que eu quero dizer é que é importante a análise dele, porque o que é que vai acontecendo: à medida que ele vai sendo implantado, vai ressaltando dentro dele o grau de verticalização e os conflitos da verticalização começam a aparecer. Então uma coisa que os secretários, num primeiro momento aceitaram, que era uma coisa que resolvia os problemas deles, passou a criar outros problemas, que fugiam da governança dos secretários justamente por esse grau de verticalidade. Então ele é um bom Programa para analisar que nenhuma política num país hoje, qualquer política, ela para ter sustentabilidade, na pior das hipóteses, ela tem que ser oblíqua, porque senão é isso, ela perde força (...). (Maciel Filho, 2007: 190)

Os profissionais do Pits também identificaram esse problema, debatendo no fórum a precária participação dos gestores municipais nas definições do Programa. O interesse dos profissionais pelos aspectos de gestão do Programa e do sistema local de saúde estendeu-se para além do discurso, com iniciativas concretas para fortalecer a gestão da saúde nos municípios do Pits e o controle social, como os exemplos a seguir, do fórum:

> *Realizamos a nossa 2ª reunião para a implantação do nosso conselho local de saúde. Houve a participação de vários segmentos sociais e de companheiros bastante animados para tal empreendimento. Em nossa 3ª reunião, marcada para o dia (...), esperamos contar com a presença de nossa secretária de saúde. Com isto, esperamos estar cada vez mais organizados para, democraticamente, expressarmos efetivamente a vontade da comunidade, visando à conquista de valores substanciais para o aprimoramento da saúde de nossa cidade.* (Fórum Pits)

> *Encaminhamos, abaixo, relatório anual às comunidades de áreas de abrangência e influência da nossa equipe de PSF, afixado na entrada de nossa unidade de saúde: 'Relatório Anual relativo aos meses de junho/*

2002 a junho/2003'. Estamos completando dois anos do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), no município de [nome do município] (...). Após organizarmos, junto com a Secretaria de Saúde do município de [nome do município], os vários serviços e programas de atenção primária, tendo como estratégia orientadora o Programa de Saúde da Família, demos ênfase ao aprimoramento das várias unidades de saúde e à otimização da integração destas no contexto de saúde da comunidade local. Foi dada importância ao trabalho conjunto com os diversos representantes da comunidade, inclusos aí o Conselho Municipal de Saúde, diversas escolas, creches, além de outras entidades. O atendimento de puericultura e pediatria, por exemplo, foi descentralizado, sendo levado para as escolas e creches. (Fórum Pits)

Vocês devem estar lembrados que um dos critérios de elegibilidade das cidades do Pits era apresentarem sistema de saúde com organização e administração insuficientes. Todas as mudanças que conseguimos nos municípios foram conseqüência do empenho pessoal dos profissionais envolvidos, e até mesmo as mudanças ocorridas na administração e organização do serviço de saúde foram em conseqüência da atuação da equipe do Pits, e principalmente pela atuação, de certa forma, 'desvinculada' da administração local. (...) Penso que uma das atribuições colocadas no Edital do Pits e na Bolsa com o CNPQ, que é a de que os profissionais do Pits devem colaborar na implementação e organização dos serviços de saúde, deveria ser mais trabalhada e mais fortalecida, pois foi essa atribuição, na minha opinião, que deu um caráter mais resolutivo ao programa. (Fórum Pits)

De modo geral, segundo a avaliação promovida pelo Ministério da Saúde e referida nas seções anteriores, os profissionais do Pits não tinham dificuldade de acesso ao secretário municipal de saúde (Brasil, 2002e).

Já as condições de trabalho oferecidas pelos gestores municipais, como cumprimento da contrapartida, foram, em muitos casos, insatisfatórias. A maioria dos profissionais que responderam à avaliação do Ministério (77,2%) relatou contar com uma unidade de saúde para a execução das atividades inerentes ao Programa. Na maior parte dessas unidades, havia sala de recepção (70,7%), consultório médico (78,9%) e sala de procedimentos básicos (65,0%), mas somente em cerca de metade delas (52,0%) havia sala de vacinas. Quase 70% dos profissionais informaram não haver material e nem equipamentos suficientes para atendimento (Brasil, 2002e).

O suporte para a referência e contra-referência também se mostrou precário, como admite o ex-secretário de Políticas de Saúde, ao ser entrevistado para o estudo da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde: "(...) referências, esse é um problema, não se tinha... e isso era de se esperar porque eram os piores, entre aspas, entre os municípios,

eram exatamente aqueles que explicavam a situação epidemiológica pior de todo o país (...)" (Maciel Filho, 2007: 192-193).

O transporte para deslocamento dos profissionais nas áreas onde o Pits estava implantado era uma das contrapartidas dos municípios. No entanto, a partir de dados da avaliação promovida pelo Ministério da Saúde, o *Relatório de Gestão* de 2002, informa que:

> Embora o transporte exista em quase 60% dos municípios, nem sempre o serviço está disponível. Entre os que responderam a essa questão, 39,4% afirmaram que o transporte está sempre disponível, 48,9% responderam que a precariedade do transporte está dificultando bastante o desenvolvimento do trabalho, e 11,7% afirmaram que o transporte está sendo providenciado pelos gestores. (Brasil, 2002e: 61)

Isso talvez explique o dado, obtido na mesma avaliação, de que somente 52,8% dos médicos realizavam visitas domiciliares nas áreas atendidas pelo Pits.

Os municípios deviam prover moradia e alimentação para os profissionais, o que também, em geral, revelou problemas, conforme destaca o ex-secretário de Políticas de Saúde, em sua entrevista para o estudo da Rede Observatório:

> Outro problema, que era uma certa dificuldade de alguns municípios de oferecer aquelas condições mínimas, por falta de vontade política, por dificuldade concreta de inexistir às vezes até imóvel; o melhor imóvel, às vezes, que existia era o do próprio prefeito, às vezes tinha até prefeito que botava o profissional pra dormir na casa dele (...). (Maciel Filho, 2007: 193)

A moradia e a alimentação podiam ser proporcionadas diretamente pela gestão municipal ou por meio de ajuda de custos. Nos dois casos, foram inúmeras as queixas dos profissionais acerca do não cumprimento dessa contrapartida, seja pelas condições da moradia, seja pelos atrasos e mesmo não pagamento da ajuda de custos. Há várias manifestações a esse respeito no fórum do Pits, exemplificadas a seguir:

> *Prefeituras e estados pararam de pagar incentivos e a contrapartida e como já fizeram com colegas, que saíram em junho, não vão pagar os atrasados. (...) Bem, peço a todos que têm dinheiro a haver que se manifestem para que possamos mostrar aos nossos superiores o que está*

acontecendo. Nós, de [nome do município], estamos com a verba de alimentação e aluguéis atrasados há 3 meses. Os proprietários já ficam fazendo pressão sobre os profissionais para receber (...). (Fórum Pits)

Aqui em [nome do município], a situação é a mesma. Estamos com 4 meses de atraso na ajuda de custo e acho meio difícil recebermos, uma vez que até hoje nenhum colega que deixou o programa recebeu. Estamos, como sempre, negociando com os gestores junto aos tutores pela quitação da dívida. Imagino que só se resolva judicialmente (...). (Fórum Pits)

Nós que éramos de [nome do município] e o município foi descredenciado, o que culminou com a nossa saída em junho, nunca recebemos os dois meses de atraso e até agora só promessas. Pra ser bem realista, sabe quando vamos receber esse dinheiro? Nunca!!! Por isso (...) a hora é essa, quem está com a ajuda de custo atrasada realmente tem que se articular, e os colegas que não estão sofrendo com o atraso devem dar o apoio necessário para os demais com idéias e sugestões. Aqui em [nome do município], nossa ajuda de custo é de R$ 300,00, que são revertidos em alimentação, não nos é dado dinheiro e sim um 'vale' (...). Não é a melhor opção, mas com certeza todo mês esse valor é garantido. (Fórum Pits)

Nossos gestores continuam achando que estão nos fazendo um favor em nos 'aceitar' no município, que devemos mendigar a ajuda de custo que é direito nosso e dever deles. Nós somos profissionais e devemos ser respeitados. (Fórum Pits)

Como médico, fui admitido no Pits, em agosto próximo passado, primeiramente na cidade de [nome do município], ficamos sabendo, extra-oficialmente, que o município não dispunha de verba (R$ 500,00/mês) para manter mais um profissional de saúde. Acredite se quiser. Por fim, fomos lotados em [nome do município] (...). Após nossa lotação ficamos sabendo que parte dos recursos para nossa manutenção seria fornecida pelo poder executivo municipal, os tais 500 reais. Acreditamos que tudo caminhasse dentro dos conformes. Ingenuidade! Já se passaram 4 meses e recebemos apenas o valor referente ao 1º mês. (Fórum Pits)

Vários profissionais recorreram à justiça, depois de tentarem resolver o problema junto à coordenação nacional e estadual sem sucesso, conforme depoimentos no fórum.

Quando a coordenação nacional comunicou que o Pits deixaria de existir como tal e suas equipes seriam incorporadas aos sistemas municipais de saúde, imediatamente os profissionais se manifestaram no fórum, demonstrando todo o descrédito acerca da seriedade e da capacidade de gestão dos municípios:

Se o Pits for vinculado ao município e este receber a verba repassada pelo MS, será que eles irão nos pagar? Se nem a ajuda de custo que é um valor irrisório eles pagam, o que dirá o nosso salário!!! (Fórum Pits)

No município de [nome do município], a conta da prefeitura está bloqueada pelo juiz para pagamento de pendências jurídicas. Como teremos garantia de receber em dia se não conseguimos sequer receber a ajuda de custo? (Fórum Pits)

A priori*, os municípios selecionados para receberem o Pits tinham como características: indicadores de saúde ruins e deficiente infra-estrutura de saúde (até ausência de unidades hospitalares, se não me engano). Para esses municípios era muito difícil a contratação de médicos e enfermeiros, devido às suas situações financeiras delicadas, localização geográfica (em alguns casos) e falta de infra-estrutura, de uma maneira geral. Portanto, o Pits surgiu como uma estratégia para viabilizar a fixação ('interiorização') de médicos e enfermeiros em municípios carentes. Entretanto, foi concebido também como um mecanismo temporário para a implantação,* a posteriori*, da estratégia de Saúde da Família (PSF). Como esses municípios podem manter os profissionais de saúde que lá estejam ou contratar novos profissionais? Quais são os atrativos pra isso? (Vale a pena lembrar que os profissionais perderão a 'pseudo-estabilidade', a certeza de receberem os seus salários em dia, a 'imunidade política', o acesso à internet, entre outras coisas mais...). (...) Receio que o município corra o risco de nos perder e não ter condições de implantar o PSF, e que isso venha a acontecer também a outros municípios do Pits.* (Fórum Pits)

A preocupação dos profissionais mostra-se ainda mais fundamentada quando se observa que alguns municípios não conseguiam sequer manter os agentes comunitários de saúde, embora recebendo recursos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), conforme relatado por alguns profissionais no fórum.

Em outros casos, os profissionais do Pits verificavam, nos próprios municípios de atuação, precarização das relações de trabalho estabelecidas entre as respectivas prefeituras e outros profissionais contratados para o sistema municipal de saúde, inclusive com atrasos no pagamento dos salários. Há vários relatos no fórum:

Um dos problemas que [nome do município] está ainda tentando resolver é a regularidade e permanência dos vários profissionais de saúde, sob a sua administração. Muitíssimos profissionais (...) tiveram dificuldades em permanecer na cidade por vários motivos, inclusive, devido ao atraso de até dois a três meses no pagamento de salários. As equipes do Pits, que detêm cerca de 60% da área assistida de uma atenção primária que abrange 100% da população, puderam permanecer mais estáveis, também, graças ao fato de, recebendo nossos salários do governo federal, estarmos mais protegidos contra os atrasos de pagamento. Meu sonho é um dia trabalhar com uma população cada vez mais sadia e em um município que administre plenamente a sua saúde. Porém, os problemas de ordem econômica e financeira ainda vigentes são fatos incontestáveis que evocam um

> *planejamento a médio ou longo prazo. Gostaria muito de poder trabalhar, recebendo salário diretamente da administração de [nome do município], porém isto seria um pouco difícil, em termos de regularidade no pagamento, o que comprometeria, certamente, a nossa estabilidade. As várias propostas para o futuro do Pits deverão levar em conta que os municípios em que fomos lotados foram escolhidos devido aos seus vários marcadores e índices de saúde, que chamaram a atenção da nossa nação. As transformações estão havendo, porém, dependemos de tempo e paciência, a fim de encontrarmos caminhos seguros para a construção de uma saúde sustentável.* (Fórum Pits)

O ex-secretário de Políticas de Saúde, em entrevista para o estudo da Rede Observatório, admite que a preocupação demonstrada pelos profissionais quanto à sua inserção nos sistemas municipais tem fundamento:

> A gente não tem ainda um modelo de vinculação que permita, obviamente que por si só não, mas que permita contribuir bastante para o processo de fixação. Então, certamente, o que pesa é a faixa de remuneração, o cumprimento daquele acordo de trabalho, pagamento mais ou menos em dia e a oferta de condições de trabalho. São aspectos que efetivamente pesam na possibilidade do médico ver aquele município como um município propício pra ele desenvolver um trabalho e uma inserção e uma carreira. (Maciel Filho, 2007: 198)

O secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no período de 2005 a 2006, que em 2001 atuou como consultor no processo de formulação do Pits, também admite essa dificuldade, em sua entrevista para o mesmo estudo, e relata que o problema foi tema de debate quando da formulação do Programa:

> As pessoas não vão por quê? Hoje está muito claro, não vão porque os filhos começam a estudar (...), não vão porque se sentem inseguras e não vão porque – outra razão que surgiu que é muito importante na nossa discussão – é porque, exatamente, o setor municipal, ainda que pague melhores salários, ele não tem uma garantia de continuidade muito grande como teria, por exemplo, um arranjo em nível federal. (Maciel Filho, 2007: 198)

O mesmo entrevistado destaca que "a visão política estreita de grande parte desses gestores, que administram os municípios como

extensão de suas casas" é outro aspecto que desgasta a relação dos profissionais com os gestores, em municípios pequenos e com precária estrutura de gestão:

> Atende a alguém da oposição? Esse caso é relatado. Atende a alguém da oposição? O prefeito indica que não quer mais pagar no mês seguinte, ou porque a primeira-dama resolve... como o prefeito paga, ele faz o seguinte... esse cara é meu funcionário, e funcionário muitas vezes nesse caso é considerado funcionário da minha casa, meus interesses, ele tem que atender, tem que atender à consulta que eu estou mandando e não a uma ordem pública, por exemplo. Então, todas essas questões foram levantadas na época e se pensou que um instrumento de pagamento de uma bolsa federal poderia ser um instrumento de garantir, dar rumo e sustentabilidade ao projeto mais a médio e longo prazo, né. E de fato funcionou. (Maciel Filho: 2007: 198)

O Pits garantia, nesse sentido, o que um dos médicos, em mensagem citada alguns parágrafos anteriores, denominou 'imunidade política'. Segue o entrevistado:

> Como é que eu garanto que a pessoa não tenha a labilidade do humor do prefeito? Às vezes, nem é humor também não, às vezes o município fica de fato sem caixa durante um período, porque o repasse dos fundos federais e estaduais não aparece e não tem caixa mesmo, paga outra coisa em vez de pagar a pessoa; enfim, esta estabilização, eu acho que é uma coisa muito importante pra se falar (...). (Maciel Filho, 2007: 198)

A esse respeito, outro entrevistado, o ex-secretário de Políticas de Saúde, chama a atenção para o fato de que, por vezes, a própria conduta dos profissionais não facilitava a relação com o gestor municipal:

> Em alguns municípios tem as características do próprio profissional, um profissional talvez um pouco mais, vamos dizer assim, mais crítico; então havia, houve, em alguns municípios, queixas dos gestores quanto ao comportamento dos profissionais, fazendo referência a essa pretensa autonomia deles (...). (Maciel Filho, 2007: 199)

Outro entrevistado que também aborda o problema é o representante do Conasems, acrescentando que, se por um lado, o Pits garantia essa 'imunidade'; por outro, esse mesmo fator funcionava, em alguns casos, como um elemento de distanciamento entre os profissionais e o gestor e as estruturas municipais:

> Porque depois ele começa a ter conflito entre o médico e o secretário de saúde, e o médico passa a dizer que não tem nada a ver com o secretário. Você tem conflito entre o médico, o secretário e as universidades que vão titular os profissionais. Em alguns municípios, o Pits termina sendo uma coisa paralela à Secretaria Municipal de Saúde. Então essa coisa mostra que, na estrutura do sistema atual de saúde brasileiro, esse tipo de política tem vida curta. Ela nasce como Programa e termina acabando mesmo, por isso que, inclusive, o Conasems já na 12ª Conferência Nacional de Saúde aparece para defender a substituição do Pits por uma política permanente, global, na solução desse problema.(...). (Maciel Filho, 2007: 199)

Síntese da Experiência

Tal como entendido pelo Ministério da Saúde, o Pits

> pode ser configurado como uma política de indução ou de redirecionamento na distribuição dos recursos humanos para o SUS, que busca interiorizar a atuação de médicos e enfermeiros, por intermédio da captação voluntária e estimulada destes profissionais mediante incentivos e benefícios claramente definidos. (Brasil, 2002e: 65)

A análise do Programa como estratégia de intervenção para enfrentar o problema da má distribuição de médicos no país permite que se identifiquem diversos fatores que devem ser considerados em futuras iniciativas que tenham o mesmo propósito.

Os benefícios e incentivos oferecidos aos profissionais funcionaram, efetivamente, como um fator de atração, gerando o interesse de milhares de médicos que se inscreveram no Programa. O curso de especialização, a remuneração, o fato de se tratar de um Programa do Ministério da Saúde e de funcionar nos mesmos moldes do PSF, além da possibilidade

de conhecer outras áreas do país foram os fatores considerados mais atrativos.

No entanto, aqueles que desistiram antes de atuar no Pits haviam sido movidos pelo interesse na remuneração como fator mais atrativo. Isso revela que se o interesse do profissional se dá eminentemente por aspectos financeiros, sua mobilização para participar de uma iniciativa desse tipo é vulnerável a inúmeras variáveis (pessoais, familiares, profissionais etc).

Ao contrário, aqueles que chegam a atuar numa iniciativa como essa, mesmo que desistam depois, identificam o curso de especialização como o fator mais determinante no seu interesse em participar. Não por acaso, a maioria dos médicos que chegaram a atuar não havia feito nenhum curso de pós-graduação. E foram exatamente profissionais sem pós-graduação que, de modo geral, renovaram sua participação por mais um ano. Esses dados mostram que a dificuldade de completar sua formação médica, em nível de pós-graduação, e a possibilidade de abrir uma nova perspectiva de inserção no mercado de trabalho funcionam como elementos mobilizadores para que esses profissionais se disponham a participar de iniciativas de interiorização.

O fato de o perfil de formação dos médicos que efetivamente participaram do Programa estar concentrado na faixa de mais de 15 anos de formados, de modo compatível com o que se verifica no PSF, mostra que o modelo de atenção do PSF é particularmente atrativo para profissionais que já ultrapassaram a 'fase de afirmação profissional' e se encontram na 'fase de consolidação profissional', como denomina Machado (1997). Possivelmente, o estresse urbano vivido por esses médicos nas grandes e médias cidades contribui para a disposição em atuar em municípios de menor porte.

De forma conseqüente com esse perfil, a maior parte dos médicos que efetivamente participaram do Pits tinha mais de 40 anos de idade, eram casados, do sexo masculino, com dependentes, provenientes da Região Nordeste e graduados também no Nordeste.

Embora os médicos da Região Sudeste tenham demonstrado interesse em participar do Programa, tendo sido a região com o maior número de inscritos, foram também eles que demonstraram maior dificuldade em atuar nos municípios. Assim, a maioria dos médicos que concluíram um ano no Pits ou renovaram sua participação por um ano ou mais era proveniente das regiões Nordeste e Norte.

Além da maior facilidade de adaptação dos médicos originários das regiões Nordeste e Norte, esses profissionais mostraram-se particularmente sensibilizados com as condições de vida e saúde da população de seus estados e regiões.

O Nordeste também se destacou como região de graduação da maioria dos médicos que concluíram um ano ou renovaram sua participação no Programa. A Região Norte, surpreendentemente, formou quase 20% dos médicos que concluíram um ano no Pits, sendo também a região de origem de 20% dos médicos lotados. Isso faz supor que os médicos oriundos da Região Norte se graduaram nessa mesma região e aponta uma tendência de interesse de fixação desses profissionais na própria região onde habitam e se formaram.

Ao longo dos três anos de vigência do Pits, somente 46,3% dos médicos que chegaram a ir para os municípios concluíram um ano de participação no Programa. A Região Norte foi a que apresentou a mais baixa capacidade de fixação de profissionais.

As constantes desistências e desligamentos se deram por motivos variados, mas em geral são atribuídas, pelos profissionais, à própria dificuldade de adaptação às condições adversas dos municípios, aos conflitos na relação com os gestores municipais e à desorganização na condução do Programa. Os médicos desistentes ou desligados são, em sua maioria, do sexo feminino, solteiros ou descasados, com dependentes, provenientes e formados na Região Nordeste. Mas o Sudeste apresenta um índice como região de graduação dos desistentes ou desligados bastante superior à sua participação como região de graduação dos que concluíram um ano ou renovaram. A maioria dos desistentes/desligados era proveniente dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

Poucos profissionais optaram por renovar sua participação, mesmo com o incentivo financeiro criado pelo Ministério da Saúde para este fim, o que mais uma vez confirma que não é o atrativo financeiro que tem maior peso na decisão dos médicos em relação à interiorização.

A maioria dos médicos que chegou a participar do Pits não levou familiares, cônjuge ou companheiro(a) para os municípios. Mas no caso dos que levaram, os acompanhantes permaneceram, em geral, até o término da participação do profissional no Programa. Os dados obtidos pelo estudo da Rede Observatório mostram que o fato de levar familiares ou parceiros não funcionou como fator determinante na permanência dos médicos nos municípios.

No entanto, a distância da família e dos amigos foi tema de várias mensagens entre os profissionais no fórum do Pits, onde argumentam que o fato de o Programa ser destinado a populações carentes e sem assistência acabou funcionando como uma certa compensação emocional pela ausência de seus entes queridos.

Os médicos consideraram, em sua maioria, 'a atuação profissional junto às comunidades carentes' como o fator mais satisfatório da participação no Pits, seguido do curso de especialização.

A boa avaliação que os médicos, de modo geral, fizeram da experiência de ter participado do Pits, apesar dos problemas enfrentados, é reforçada pelo fato de mais da metade deles defenderem, como rumo ideal para o Programa, sua manutenção no formato que possuía, mas com aperfeiçoamentos constantes.

A condução do Programa pela coordenação nacional foi cheia de percalços e enfrentou considerável desgaste na relação com os profissionais. Houve problemas relevantes em componentes fundamentais da estrutura do Pits, sob responsabilidade da coordenação nacional, como a tutoria, a supervisão, o curso de especialização, as atividades de educação continuada, a conectividade e a farmácia básica.

Embora a coordenação nacional tenha procurado superar essas dificuldades e minimizar os transtornos para os profissionais, é inegável a insatisfação gerada, que se agravou a partir de falhas importantes no processo de comunicação entre os participantes e os gestores do Programa. Se os problemas no cumprimento de garantias previstas no regulamento do Programa, por si só, já prejudicavam o exercício das atividades dos profissionais e tornavam suas condições de trabalho ainda mais precárias, as falhas de comunicação potencializaram o desgaste, a impaciência e a insatisfação, gerando questionamentos quanto à capacidade de organização e de gestão da coordenação nacional.

Quando começaram a surgir os comentários acerca da extinção do Programa e da incorporação dos profissionais aos sistemas municipais de saúde, mediante repasse direto de recursos financeiros, agravaram-se os problemas, as dificuldades e os ruídos de comunicação.

A atuação do TCU e do Ministério Público do Trabalho evidenciou que a alternativa adotada de remunerar os profissionais por meio de uma bolsa do CNPq não foi uma solução adequada do ponto de vista da sustentabilidade do Programa. Mesmo considerando que, já na formulação do Pits, previa-se sua posterior incorporação aos sistemas

municipais, essa estratégia poderia levar – e realmente levou – a que o Pits se tornasse uma estrutura paralela a das secretarias de saúde locais. Além disso, foi uma estratégia que, ao fim e ao cabo, camuflou uma relação precária de trabalho, condição tão debatida e desestimulada pelo próprio Ministério na última década.

Possivelmente, se o Programa tivesse sido formulado num contexto em que não envolvesse interesses relacionados à sucessão presidencial,[13] o modelo adotado para seu funcionamento poderia ter sido mais debatido e negociado, talvez para algo mais próximo de um serviço civil voluntário, o que certamente demandaria um tempo mais longo do que o tempo político que gerou o Pits.

Essa hipótese pode explicar porque, embora sua formulação tenha envolvido parceiros estratégicos, isso foi insuficiente para que o Conass e o Conasems tenham atribuído à sua participação um caráter efetivamente de co-partícipes e responsáveis pela definição dos mecanismos, estratégias, gestão e rumos do Pits. Por conseqüência, as coordenações estaduais e os municípios tiveram um envolvimento muito mais administrativo e operacional do que propriamente político e de efetivo comprometimento com a Programa. Com isso, a coordenação nacional acabou figurando, na prática, como gestora única do Programa, assumindo, conseqüentemente, os ônus e bônus dessa posição. Nem mesmo a relação direta estabelecida com os municípios desde os primórdios do Programa rompeu esse isolamento, uma vez que não se tratou de uma relação de co-gestão, mas sim de caráter operativo.

É possível afirmar que o Pits não se sustentou como uma estratégia de interiorização muito mais em decorrência da verticalidade de sua gestão e da inserção politicamente restrita atribuída aos estados e municípios do que em função das dificuldades de outras ordens. Mesmo porque, boa parte dessas dificuldades ocorreu exatamente por esse motivo.

O próximo capítulo propõe-se a explorar esse e outros elementos fundamentais para o exercício de pensar estratégias e alternativas que permitam enfrentar o desafio que a má distribuição e a fixação de médicos nas regiões mais desfavorecidas representam, hoje, para o SUS.

---

[13] O ministro da Saúde na época – José Serra – era potencial candidato à Presidência da República nas eleições que se realizariam em 2002.

4
Referencial de Análise para Repensar as Políticas e Futuras Estratégias de Intervenção

A finalidade deste capítulo é oferecer um referencial de análise para a distribuição e a fixação de médicos, construído a partir de cinco eixos analíticos para repensar as políticas e futuras estratégias de intervenção, aqui entendidas como mecanismos para desenvolver as relações de cooperação, promover a distribuição de poder, organizar o uso de recursos e transformar a situação dominante que se deseja modificar, de forma a realmente concretizar seu valor estratégico.

O objetivo é evidenciar os fatores e condicionantes que interferem na distribuição e fixação de médicos e identificar possíveis estratégias de intervenção que podem ser aplicadas à realidade brasileira, no contexto das políticas públicas.

O mote para essa discussão é a compreensão de que a forte concentração geográfica dos profissionais e dos serviços impede a concretização dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente no que se refere à universalização, à integralidade e à própria descentralização.

A gestão do SUS impõe o enfrentamento do problema da má distribuição e fixação de médicos, o que exige que as questões referentes à condução do trabalho e da educação na saúde sejam colocadas no mesmo grau de importância da descentralização, do financiamento e do controle social.

A Dimensão Política

A Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde é recente, e seu processo de implantação ainda é incipiente. Construída coletivamente e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pela 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, e considerada um

instrumento indispensável para a consolidação do SUS, essa política se fundamenta na aplicação dos *Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*, conjunto de orientações políticas e gerenciais referentes à Gestão do Trabalho, ao Desenvolvimento dos Trabalhadores, à Saúde Ocupacional para o Trabalhador da Saúde e ao Controle Social na Gestão do Trabalho no SUS (Brasil, 2005a).

Como instrumento para assegurar sua implantação, foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, no mesmo ano, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que desde então vem promovendo, paulatinamente, ações, iniciativas e intervenções orientadas por esses princípios e diretrizes, que visam ao alcance de propósitos como a implantação de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), educação permanente em saúde e reconhecimento das Mesas de Negociação do Trabalho (Brasil, 2005b).

Ainda que todos os pontos contemplados sejam essenciais e atendam a necessidades antigas, a política de recursos humanos em saúde deve não apenas ser coerente com a política nacional de saúde, mas deve refletir também o espírito e as expectativas da política de desenvolvimento geral do país.

As necessidades e prioridades de saúde, as tendências demográficas, o desenvolvimento social e econômico, os perfis epidemiológicos, as previsões financeiras de curto, médio e longo prazo são fatores que precisam ser considerados na definição dessa política. Afinal, o avanço nas condições de saúde de uma população só se torna permanente quando está alicerçado em medidas mais profundas e consistentes, que enfrentam as restrições impostas pelo contexto econômico e social.

O país não alcançará resultados duradouros e consistentes no que se refere à distribuição e fixação de médicos se o problema continuar sendo tratado como atinente apenas ao campo da política de saúde e, conseqüentemente, da política de recursos humanos em saúde. Mesmo considerando, como o fazem Dussault e Franceschini (2006), que as intervenções que podem alterar a base econômica, política e social inerente ao problema e levar a resultados sustentáveis são de longo prazo, não se pode usar esse argumento para justificar um eterno imobilismo.

A evidente dimensão política e multissetorial do problema da distribuição geográfica de médicos e da fixação desses profissionais ressalta sua forte relação com a necessidade de mudanças culturais,

sociais e econômicas, que precisam contemplar desde as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde até a formação dos profissionais, a realidade socioeconômica, o corporativismo, a política governamental, o processo educacional, os referenciais socioculturais, dentre outros aspectos. Tais aspectos ao mesmo tempo em que interferem na falta de resultados da política de saúde para lidar com a má distribuição e fixação de médicos também podem ser considerados norteadores da necessidade de ações políticas mais abrangentes que insiram o problema no contexto devido, deixando de tratá-lo como restrito ao campo da saúde.

Como já visto, há clara relação entre os fenômenos macrossociais da intervenção estatal na atenção médica, no mercado de trabalho para os médicos e nas formas específicas de organização da prática médica e do ensino da medicina.

Além disso, como também já discutido, a alta concentração de médicos nos centros urbanos e sua má distribuição pelo restante do território nacional estão diretamente ligadas às desigualdades socioeconômicas e regionais, conseqüências diretas do baixo investimento público e privado nas áreas mais carentes.

A grande concentração regional do Produto Interno Bruto (PIB) e os demais fatores políticos, sociais e econômicos que determinam o subdesenvolvimento dessas regiões exigem estratégias inseridas não apenas na política de saúde, mas nos planos de desenvolvimento econômico do país.

Para facilitar a integração da política de saúde e, mais especificamente, da política de recursos humanos, aos planos de desenvolvimento socioeconômico de um país, Nogueira e Brito (1986), já há duas décadas, chamam a atenção para algumas medidas que devem ser consideradas: 1) desenvolver a capacidade de diagnosticar e analisar a situação atual e as tendências de médio e longo prazo; 2) estabelecer mecanismos para acompanhar e prever o comportamento dos recursos humanos em saúde; 3) considerar tanto os fatores da produção (formação) quanto da utilização no mercado de trabalho (emprego); 4) atentar para a demanda gerada pela estrutura dos serviços de saúde; 5) criar sistemas de informação em recursos humanos, como parte dos sistemas de informação em saúde, que considerem a oferta e a demanda de pessoal; 6) utilizar a informação para alimentar estudos de análise conjuntural e de tipo prospectivo.

Isso permitiria que os governos efetuassem avaliações estratégicas para contemplar não apenas os objetivos da política de saúde, mas as prioridades de alocação de recursos dentro e fora do setor saúde, em função das necessidades sociais e de saúde da população.

As políticas públicas devem ser criadas como resposta do Estado às demandas da sociedade e expressar compromissos da atuação governamental, por meio de uma linha de ação coletiva, destinada à concretização de direitos sociais. É necessário que o problema da distribuição e da fixação de médicos seja inserido na agenda e tratado no âmbito de uma política de Estado, devendo ser objeto de políticas e intervenções, de caráter multi e intersetorial, que integrem os diversos ministérios.

Dada a própria intersetorialidade da política social, quando se almejam determinadas metas para um setor, pode ser preferível investir em outro, o que em alguns casos tende a acarretar maior impacto e melhores resultados (Cohen & Franco, 2004). Seria o caso, por exemplo, de investir na redução dos fatores que acarretam má qualidade de vida para a população dessas regiões e que não proporcionam as condições adequadas para o exercício profissional da medicina, desestimulando a opção do profissional em atuar nessas áreas. Uma das possíveis estratégias seria criar incentivos para estimular empreendimentos em diversos setores da economia, nas áreas mais carentes e desfavorecidas.

Vale lembrar que o Projeto Rondon[14] – em que pesem as críticas que possam ser feitas a diversos de seus aspectos – contemplou diferentes operações e programas, vinculados a um grande eixo denominado 'desenvolvimento', não restringindo suas estratégias de intervenção à interiorização de profissionais. O próprio Piass também não se restringiu a esse aspecto, tendo surgido como parte de um plano nacional de desenvolvimento, que estipulava a integração das ações de saúde aos programas de desenvolvimento como condição necessária para o crescimento econômico e social do país. Deve-se recordar que a execução do Piass esteve a cargo das secretarias estaduais de saúde, com a participação das companhias estaduais de saneamento, das secretarias de obras, das prefeituras e de organizações comunitárias.

---

[14] Apresentado no capítulo 2, assim como os programas citados logo a seguir: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) e Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits).

Por sua vez, o Pisus e o Pits foram concebidos como programas restritos de interiorização, com gestão limitada ao Ministério da Saúde, características estas que se mostraram determinantes para o rumo, também restrito, limitado, pouco consistente e duradouro, dessas duas iniciativas.

Além disso, como já discutido nos capítulos iniciais, as intervenções do Estado no campo mais geral da economia acarretam conseqüências para o próprio mercado de trabalho médico.[15] A ação do Estado produz

> repercussões na contenção ou ampliação do emprego no setor saúde, bem como nas políticas de saúde e na organização dos serviços. (...) No caso do mercado de trabalho em saúde, vários estudos indicam a sua dependência quanto às formas de intervenção estatal no setor e aos ciclos de expansão econômica. (Paim, 1994: 6-10)

Especialmente porque, além do modelo de atenção à saúde atuar decisivamente sobre a demanda e a composição da força de trabalho, é o setor público que ocupa hoje, no país, o primeiro lugar como empregador na área da saúde. E essa influência não se dá apenas no que se refere a maior ou menor oferta de postos de trabalho, mas também quando políticas de contenção de gastos públicos acarretam piora das condições de trabalho e de remuneração (Paim, 1994).

O mercado de trabalho médico não se define a partir de variáveis estritamente econômicas, como oferta, demanda, preços, quantidades, produtividade e outras. Trata-se de um mercado atípico, ou ainda de vários mercados atípicos, diferenciados pelo mecanismo financiador do processo de produção de atenção médica no qual o profissional está inserido.

Um exemplo das possibilidades de intervenção do Estado no mercado de trabalho e que diz respeito especificamente ao enfrentamento da má distribuição geográfica de médicos é a estratégia implementada em British Columbia, Canadá. A Comissão de Serviços Médicos (Medical Services Commission) limitou o número de médicos autorizados a trabalhar nos centros urbanos, autorizando, em contrapartida e prontamente, solicitações para atuar em áreas rurais.

---

[15] Zurn *et al.* (2002) discutem a definição e natureza dos desequilíbrios do mercado de trabalho em saúde, incluindo os desequilíbrios geográficos. Os autores propõem uma base analítica (*analytical framework*), que considera projeções de demanda e de oferta da força de trabalho em saúde, revisa os indicadores desses desequilíbrios e oferece uma tipologia para classificá-los.

A medida gerou muita oposição, inclusive no poder Judiciário, e criou grande relutância nos profissionais em se candidatar às áreas rurais por receio de não poderem retornar depois para as cidades de maior porte (Gilmore, 1985; Page *et al*., 1992).

Em nosso país, é o PSF que tem sido estimulado pelos governos como um novo mercado de trabalho, com potencial para reduzir a má distribuição de médicos e ampliar a fixação desses profissionais.

No entanto, embora, atualmente, possamos dizer que não há crise de oferta de postos de trabalho para a categoria médica, havendo até um crescimento, em especial no setor público, com a expansão da atenção básica via implantação do PSF, essa expansão do mercado, por si só, não conseguirá reverter os desequilíbrios regionais historicamente acumulados (Maciel Filho & Pierantoni, 2004).

Sem dúvida, o PSF se apresenta como uma modalidade de intervenção com grande potencial de ampliar o acesso à atenção básica nas diversas regiões do país, causar impacto na configuração do mercado de trabalho e na própria formação de profissionais para o setor. Mas, como foi possível observar no estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2004), comentado no capítulo 1, grande parte dos médicos avalia que, com a implantação do PSF, não se alteraram as condições de trabalho (54,2%), a qualidade dos serviços (44,6%) e a organização dos serviços (44,1%). Da mesma forma, ainda no estudo do CFM, os três primeiros fatores citados pelos médicos como indispensáveis para assegurar a eficácia do PSF foram as condições de trabalho (81,8%), a remuneração (77,7%) e a infra-estrutura (77,1%).

Entende-se que o PSF é uma estratégia bem estruturada e bem aceita tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde e pelos gestores, sendo, inclusive, atrativa como mercado de trabalho para os médicos que se propõem a participar de iniciativas de interiorização, como mostram os diversos depoimentos de participantes do Pits. Contudo, há inúmeros municípios que não conseguem oferecer as condições mínimas para o bom funcionamento do Programa ou, em muitos casos, sequer para sua implantação. Dados de estudos como o do CFM (2004) e da pesquisa *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil* (Machado, 2000), segundo a qual o tempo médio de permanência de grande parte dos médicos no PSF é de menos de um ano, reforçam essa constatação.

A diversidade de vínculos, níveis salariais e direitos trabalhistas que se verifica no PSF estimula essa alta rotatividade e dificulta a fixação dos médicos. Para que esse cenário possa ser efetivamente enfrentado deve-se ter em mente que as peculiaridades da gestão do trabalho em saúde

> exigem ações governamentais intersetoriais mais ampliadas envolvendo o Legislativo, o Judiciário e o financiamento do setor, entre outros, que permitam, para além da expansão do mercado, o estabelecimento de condições adequadas de trabalho e emprego para os profissionais de saúde. (Maciel Filho & Pierantoni, 2004: 159)

Nesse sentido, três importantes estratégias indispensáveis para alterar este quadro já integram a recente Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que são: 1) o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; 2) a Comissão Especial para a Elaboração de Diretrizes para um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS; 3) as Mesas de Negociação Permanente do Trabalho no SUS. Por serem extensivas a todo o SUS, tais estratégias dependem, inevitavelmente, da articulação política e técnica entre as esferas federal, estadual e municipal. Sua implantação poderá funcionar como um verdadeiro 'divisor de águas' no encaminhamento dos principais problemas hoje existentes na gestão do trabalho no SUS.

Pensando na questão da má distribuição e da fixação de médicos, defende-se aqui que a Comissão Especial para a Elaboração de Diretrizes para um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS caminhe na direção apontada pelo representante e ex-presidente do Conasems na formulação do Pits, que, ao ser entrevistado para o estudo da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, propõe um plano de carreira nacional, mas com base local, ou seja, com ingresso por concurso público na instância municipal (Maciel Filho, 2007: 211). Isso possibilitaria que municípios menos atrativos também pudessem funcionar como porta de entrada para o profissional que deseje ingressar na carreira pública do SUS. Pode-se acrescentar a essa proposta a definição de faixas salariais compensatórias e ascenção funcional diferenciada para médicos e demais profissionais de saúde concursados nessas localidades.

Fica claro que a implantação do plano de carreira único do SUS e a incorporação de dispositivos nesse plano que contribuam para minimizar a má distribuição de médicos e ampliar a fixação desses

profissionais dependem de acertos jurídicos e legais que os tornem viáveis no plano executivo. Isso só reitera a visão aqui defendida de que o enfrentamento do problema da má distribuição e fixação de médicos extrapola a política de recursos humanos em saúde e a própria política de saúde, devendo ser inserido na agenda do Estado e tratado no âmbito dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, como parte do plano de desenvolvimento econômico e social do país. Tal inserção é indispensável para que possamos ultrapassar a lógica da 'atuação por programas' em direção à institucionalização de políticas consistentes, efetivas e de maior permanência.

A Capacidade de Gestão dos Municípios

Capacidade de gestão pública pode ser entendida como "a capacidade de realização, mediante estratégias e mecanismos descentralizados e democráticos voltados à provisão, manutenção e administração dos recursos e serviços públicos, com vistas ao desenvolvimento social (...)" (Lubambo, 1998: 4). Por sua natureza estrutural, a capacidade de gestão pública está relacionada a fatores de ordem econômico-fiscal e político-administrativa, que dizem respeito não apenas à capacidade de o gestor assumir os custos financeiros das funções sob sua responsabilidade, mas também à capacidade técnica de alcançar um bom desempenho. "Seguindo esta lógica, a variedade de situações municipais no que diz respeito à condição fiscal e à habilidade administrativa dos governos seria determinante da extensão e natureza da capacidade de gestão pública" (Lubambo, 1998: 4).

Na área da saúde, se por um lado foram ampliadas as responsabilidades sanitárias dos municípios, por outro ainda não foi oferecida, em níveis satisfatórios, contrapartida financeira e técnica que permita cumprir plenamente essas responsabilidades, nem houve completa delegação de autonomia gerencial e política: "tanto os governos locais quanto o chamado poder local têm dificuldades e constrangimentos impostos pela legislação nacional, que limitam o seu poder na condução das políticas de saúde" (Silva, 2001: 91). Além disso, a própria autonomia administrativa do governo municipal está "(...) claramente tolhida por determinantes econômico-estruturais, apesar da maior liberdade, formal, que passou a ter em relação ao governo central" (Silva, 2001: 107).

A descentralização da saúde no país não resultou, automaticamente, na transferência de capacidade gestora para a esfera municipal (Brasil, 2005b), sendo possível constatar que "(...) habitualmente os municípios não têm capacidade de implementar as ações de governo condizentes com todas as responsabilidades que assumem" (Silva, 2001: 263).

Embora admitindo que a criação do SUS trouxe, efetivamente, uma ampliação do poder municipal, também se percebe que "o processo de descentralização implementado no Brasil a partir de 1987 é pleno de ambigüidades" (Campos, 1992: 97). A autonomia atribuída aos municípios pela legislação do SUS possibilitaria, teoricamente, que cada município pudesse compor o seu próprio modelo assistencial, desde que respeitadas algumas normas gerais. Mas essa 'autonomia relativa' acabou criando condições para a construção de distintas experiências locais, que variam conforme a linha política de cada governo, o quadro epidemiológico, a disponibilidade financeira e o grau de controle político que cada comunidade consegue impor à direção do sistema local, gerando um desenvolvimento heterogêneo entre os vários municípios (Campos, 1992).

Essa heterogeneidade pode ser atribuída, em grande parte, ao que Campos (1992: 99) identifica como "principal fator limitante do avanço da descentralização", que é "a dependência financeira do poder local dos governos dos estados e da União, já que vem se constatando que os recursos próprios dos municípios são insuficientes mesmo para o custeio do conjunto de serviços que lhes cabe executar". Basta lembrar que mais de 50% dos municípios brasileiros não arrecadam o suficiente para arcar com as despesas de suas estruturas administrativas e legislativas, e cerca de 2.000 municípios não arrecadam impostos federais (Mendes, 1998; Silva, 2001).

"É corrente no Brasil a noção de que, nas regiões mais pobres do país, esta pobreza econômica, estaria expressa numa forma de reduzida capacidade de gasto público" (Lubambo, 1998: 5). Isso significa entender que o gasto governamental é diretamente afetado pela base econômica, ou seja, pelo volume de riqueza a ser taxada, que representa a base fiscal da respectiva esfera de governo. "Associa-se, portanto, diretamente, possibilidades de bom desempenho na gestão à capacidade de gasto dos governos locais" (Lubambo, 1998: 5).

O que se tem hoje no Brasil são municípios alçados à condição de entes gestores autônomos, sem que ainda hoje o Estado brasileiro

tenha conseguido promover, na maioria deles, as condições mínimas de infra-estrutura econômica e social para garantir o direito à saúde. Silva (2001: 86) lembra que

> a municipalização da saúde no Brasil sofreu influências, também, da pletora de municípios que foram criados após a Constituição de 1988. O expressivo aumento de municípios na década de 90, determinado na maioria das vezes por interesses de grupos e facções políticas, transfere responsabilidades de gestão para muitos governos locais despreparados para cumprir seus deveres constitucionais.

Com isso, involuntariamente, a descentralização potencializou problemas crônicos e desencadeou a utilização de soluções gerenciais irregulares, a que os municípios recorrem não apenas em função de aspectos da própria política local, mas também por restrições legais, como, por exemplo, as definidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2005b).

As dificuldades que os gestores municipais e de saúde enfrentam e que afetam sua capacidade de gestão geram problemas na relação com os profissionais, como atraso ou falta de pagamento de salários e precárias condições de trabalho.

Apesar de os municípios terem se constituído em atores relevantes na gestão do sistema de saúde, este movimento não foi suficiente para gerar mudanças significativas nas definições de política de recursos humanos neste nível. É impressionante a dissonância entre o dito e o praticado, entre as intenções professas e as realizações corriqueiras, produzindo muitas vezes o descrédito (Dal Poz, 1996: 134).

Esse cenário explica porque a coordenação nacional do Pits, ao comunicar que o Programa deixaria de existir e suas equipes seriam incorporadas aos sistemas municipais de saúde, viu imediatamente os profissionais reagirem e revelarem descrédito acerca da seriedade e capacidade de gestão dos municípios. Os profissionais referiram o receio de não mais receberem os seus salários em dia e de perderem o que denominaram 'imunidade política' contra as injunções do governo municipal, entre outras coisas. Esse receio parecia justificado quando, em muitos municípios, os profissionais do Pits verificavam as relações precárias de trabalho estabelecidas entre as prefeituras e os profissionais contratados para o sistema municipal de saúde e, ainda, atrasos no pagamento dos salários.

No entanto, não se pode ignorar a advertência feita pelo representante e ex-presidente do Conasems, no estudo da Rede Observatório, de que se por um lado um programa federal para fixar profissionais, como o Pits, garante essa 'imunidade'; por outro, funciona como um elemento de distanciamento entre os profissionais e o gestor municipal, tornando-se uma estrutura paralela à Secretaria Municipal de Saúde (Maciel Filho, 2007: 199). Daí a compreensão de que a fixação de médicos nessas localidades não pode estar subordinada a uma lógica de programa federal, mas sim consolidar-se como parte da estrutura do sistema municipal de saúde a partir de uma política permanente e global na solução do problema, por meio de estratégias indutoras.

O fato de alguns municípios com esse perfil não conseguirem oferecer uma boa remuneração, cumprir os acordos trabalhistas, manter o pagamento dos salários em dia e proporcionar condições de trabalho adequadas justifica o descrédito e praticamente impede que sejam vistos pelos profissionais como locais onde construir uma carreira e se fixar. Por exemplo, as condições de trabalho oferecidas pelos gestores municipais aos profissionais do Pits, como cumprimento da contrapartida, foram, em muitos casos, insatisfatórias. Quase 70% dos profissionais que responderam à avaliação do Ministério informaram não haver material, nem equipamentos suficientes para atendimento à população (Brasil, 2002e).

Esses fatores são conseqüência da baixa capacidade de gestão desses municípios, que, por sua vez, é causada pela deficiência técnica, pelas restrições financeiras e jurídicas e, por vezes, pelo que um dos formuladores do Pits denominou, como já referido, "visão política estreita de grande parte desses gestores, que administram os municípios como extensão de suas casas" (Maciel filho, 2007: 214). Isso é possível porque é "notório o predomínio do Poder Executivo nos sistemas locais. O arbítrio dos secretários e do prefeito é grande. Raramente outros sujeitos sociais conseguem contra-arrestar as políticas deliberadas pelo governo" (Campos, 1992: 106).

> Por menos significativo que seja o município (em termos econômicos ou políticos), o poder do seu governante é expressivo, na medida em que este concentra em suas mãos a capacidade decisória sobre os mais importantes aspectos da produção e reprodução das atividades municipais (...) Articulados geralmente

> com as forças hegemônicas e controlando o legislativo local, os prefeitos exercem o seu poder praticamente sem contrapesos (principalmente nas pequenas cidades), o que lhes permite o controle e a centralidade das decisões, comumente apenas contrabalançada por restrições financeiras. (Lubambo, 1998: 10-11)

Além disso, verifica-se, ainda, que em muitos desses municípios os conselhos de saúde, quando existentes, "são uma extensão do Executivo, já que até mesmo os representantes dos usuários são de escolha das autoridades constituídas" (Campos, 1992: 105).

Mesmo os baixos salários e as insatisfatórias condições de trabalho – citadas freqüentemente como principais razões para que o profissional não queira trabalhar nesses municípios – são, em geral, considerados conseqüências diretas das deficiências políticas, organizacionais, sociais e econômicas, que incluem a cultura de clientelismo político (Dussault & Franceschini, 2006).

Todos esses fatores, como visto, geram conflitos na relação entre os profissionais e os gestores municipais. Tais conflitos foram apontados pelos médicos do Pits como um dos principais motivos de desistências e desligamentos, aliados à dificuldade de adaptação às condições adversas dos municípios e à desorganização na condução do Programa.

A reversão desse quadro passa pelo investimento dos governos federal e estaduais no aperfeiçoamento da capacidade gestora desses municípios e pela ampliação e fortalecimento do controle social. Daí a importância da atuação efetiva dos conselhos de saúde, com acompanhamento mais sistemático por parte do Conselho Nacional de Saúde. Os melhores índices de desempenho de gestão pública tendem a ser encontrados nas esferas governamentais em que a tradição de participação política é mais forte e, contrariamente, quanto mais verticalizadas sejam as relações políticas, piores tendem a ser os índices de desempenho encontrados: "dito de outro modo, variações nos graus de desempenho da gestão estariam diretamente associadas a variações nos indicadores de participação política" (Lubambo, 1998: 7).

Sabe-se que, em um Estado federalista, a ação dos governos locais depende em grande parte da ação do governo federal, que pode induzir decisões e políticas públicas na esfera local. A habilidade político-administrativa, o desempenho de gasto e as relações e estratégias de articulação entre as esferas de governo são decisivas no desempenho da gestão. Nenhuma política que pretenda melhorar a distribuição de

profissionais de saúde e ampliar sua fixação nessas localidades poderá ser bem-sucedida se os gestores municipais não forem capacitados para o exercício de suas funções, não contarem com investimento público e privado que proporcione maior aporte de recursos e se não forem ampliadas suas relações com a sociedade, por meio das instâncias de controle social, que podem tornar a gestão mais eficaz.

A Formação dos Médicos

As dificuldades de adaptação dos profissionais em atuar e viver nesses municípios podem ser, em grande medida, atribuídas ao distanciamento entre a educação médica e a realidade socioeconômica e sanitária do país.

O diagnóstico dessa cisão entre ensino médico e realidade social vem sendo reiterado há décadas. O modelo tradicional de ensino com base no hospital como *locus* privilegiado do processo de aprendizagem, muitas vezes desarticulado do sistema de saúde, não responde às necessidades de uma formação em que o princípio da integralidade da atenção é o alicerce das práticas de saúde (Maciel Filho, 2001). Este modelo é resumido por Silva (1986: 9-10) como acrítico, a-histórico e cientificista, no qual a "(...) falta de formação científica sólida, aliada à mitificação tecnológica e ao descompromisso social, transformam o médico formado num elo fundamental na cadeia do consumo de produtos (medicamentos) e equipamentos".

Atualmente, contudo, os ministérios da Saúde e da Educação vêm estudando critérios de atuação conjunta no credenciamento de cursos que considerem o papel regulador do Estado, a regionalização, a ampliação da rede pública de ensino e novas propostas pedagógicas.

Essas iniciativas, que deverão servir como subsídio para a proposta de Lei Orgânica da Reforma da Educação Superior, a ser apreciada pelo Congresso Nacional, "apontam a construção de processos regulatórios que podem reverter de fato as tendências observadas, que caracterizam o sistema de ensino no país como desordenado, desigual e privatizado" (Vieira *et al*., 2004: 200).

Já foi visto, no capítulo 1, que o governo federal tem investido nessa direção, com iniciativas como a política de avaliação do funcionamento das escolas médicas, a criação do exame nacional para os graduandos, maior autonomia para as escolas na definição do

currículo médico e a criação do Programa de Incentivo para Mudanças Curriculares para Faculdades de Medicina (Promed). Criado com a finalidade de incentivar transformações nos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro, o Promed estabelece mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; incorpora no processo de formação médica noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde; amplia a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde e favorece a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando a prepará-los para a auto-educação continuada (Brasil, 2002a):

> O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para um outro processo em que a formação esteja sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar. (Brasil, 2002d: 13-14)

Essas mudanças são imprescindíveis, porque, embora haja uma interação recíproca entre o sistema de educação médica e o sistema prestador de serviços, há razoável consenso acerca da existência de uma determinação mais forte da prática médica sobre a formação do recurso humano. Essa determinação se dá: 1) por meio da adoção de um determinado currículo em resposta à demanda do sistema de saúde por certo tipo de médico – como ocorre agora com o PSF e a criação do Promed; 2) na capacidade do sistema de saúde para tornar ou não viáveis as reformas propostas pelo sistema formador; 3) no fato de o sistema de saúde imprimir suas modalidades específicas aos programas educativos, ao prover espaços de prática para os educandos.

E se dessa vez as mudanças realmente parecem ter possibilidade de se efetivarem é devido ao fato de que o Promed é uma iniciativa que "pela primeira vez aponta não apenas uma direção concreta para as mudanças, respeitando as peculiaridades, idiossincrasias e autonomia

de cada faculdade, mas também oferecendo recursos financeiros e consultorias para o processo (...)" (Rego, 2005: 43).

No entanto, mesmo considerando que o Promed possa vir a obter sucesso, não se pode ignorar que a mudança da formação médica é um processo bastante complexo, subordinado à estrutura econômica e social da sociedade onde está inserido. Nesse sentido, ainda que esse movimento para transformar a graduação médica cresça e se consolide – e em que pese a conformação do PSF como um novo mercado de trabalho –, há que considerar que

> por um período de tempo significativo a grande maioria dos estudantes seguirá buscando especializar-se. Isso porque ainda não se transformou a imagem-objetivo de profissional bem-sucedido que a corporação e os estudantes de medicina têm: médico especialista, trabalhando meio tempo em um grande hospital privado e meio tempo em seu consultório particular. (Feuerwerker, 2001: 52)

Mesmo entendendo que o Promed pretende que a formação do médico seja adequada às necessidades de ampliação da atenção básica e da estratégia de saúde da família, abrindo mercado para o médico generalista, deve-se, contudo, destacar que a própria população não reconhece o médico não especialista, o mesmo ocorrendo com a corporação médica e mesmo com o CFM, que não tem registrada a prática do clínico geral, sendo a medicina interna a formação mais próxima do que propõem as novas diretrizes curriculares (Lampert, 2001). Em função disso, para que a mudança seja bem-sucedida, a população deve ser considerada e, portanto, instruída, para contribuir e prestigiar a iniciativa, e, para isso, o uso dos veículos de comunicação é fundamental (Lampert, 2001).

Estratégias para ampliar o reconhecimento e *status* social dos médicos generalistas que trabalham em áreas carentes e remotas têm sido implantadas em alguns países (Dussault & Franceschini, 2006). Elas ajudam a levantar o moral desses profissionais e os estimulam a permanecer nessas áreas.

Na Austrália, há os clubes de saúde rurais, que funcionam nas universidades, sendo destinados aos alunos que possuam interesse em atuar posteriormente como profissionais nas áreas rurais e mais remotas (Cameron, 2002). Os clubes têm por objetivo proporcionar uma base social e de atividades profissionais para esses estudantes e o apoio mútuo.

Na Tailândia, os médicos rurais criaram sua própria sociedade (The Rural Doctor Society), que proporciona programas inovadores para suporte ao trabalho nessas localidades. A sociedade foi muito bem recebida pelo público e pela corporação médica, tendo sido criada, inclusive, uma premiação por reconhecimento público, que elege o 'melhor médico rural do ano' e o 'melhor médico da área mais remota'. Alguns médicos recebem títulos honorários de mestre ou doutor, emitidos por universidades. Em nível nacional, os médicos rurais têm sido indicados à premiação como 'personalidade tailandesa do ano' (Wibulpolprasert, 1999, 2002).

Esse tipo de estratégia realmente parece surtir efeito, como visto na experiência do Pits, em que vários profissionais ressaltaram a relevância que atribuem ao Diploma de Serviços Prestados à Nação por terem participado do Programa e o orgulho em recebê-lo.

No Brasil, a crescente complexificação e tecnificação da prática médica e as notórias deficiências da graduação têm feito com que a formação de pós-gaduação seja encarada, tanto pela população quanto pelos próprios médicos, como um requisito indispensável para que o profissional conclua sua formação. O tipo de carreira a que o médico almeja e a conseqüente especialidade que irá escolher se converteram em elementos diferenciadores de sua posterior incorporação ao mercado de trabalho.

Isso leva a questionar se a formação em Saúde da Família deve ter também o caráter de uma especialização. Há mais de vinte anos, Ferreira (1983: 60) já alertava para os riscos aí embutidos e argumentava que esse poderia não ser o caminho mais adequado para se alcançar a desejável formação generalista para o médico:

> É injustificável preparar um médico de família como especialista em nível de pós-graduação. Isto constitui, além de um contra-senso, uma falácia que pode conduzir a soluções contraproducentes. (...). se o excesso de especialização é criticado, não se pode reverter este excesso com a criação da medicina geral ou de família também em nível de especialidade.[16]

[16] Tradução livre.

Ao invés da criação de mais uma especialidade, o autor propunha que o médico de família fosse formado como resultado do próprio curso de graduação:

> O nome que se dê a este profissional, seja médico de família, médico geral, ou qualquer outro, teria pouca importância, mas o que seria sim necessário assegurar é que sua preparação correspondesse ao próprio curso médico, a fim de poder ingressar no serviço imediatamente após sua graduação.[17] (Ferreira, 1983: 60)

O autor entende que:

> Ante a dificuldade de competir como médico geral desde o início da carreira na condição de profissional liberal, a opção não terá que ser necessariamente a da especialização precoce, mas o ingresso no sistema de serviços de saúde para prestar atenção primária. Eventualmente, inclusive, deveriam ser criados incentivos especiais para promover esta solução, com a possibilidade de emprego único e de sua oferta a todos os graduados de medicina geral, e o estabelecimento de mecanismos e graus de ascenção na carreira, sem necessidade de alijar-se desta orientação geral.[18] (Ferreira, 1983: 60)

As ponderações de Ferreira nos remetem à experiência do Chile, onde foi criada uma carreira específica para médicos que se propunham a trabalhar nas áreas mais carentes e distantes. No entanto, quando o governo militar descentralizou o Sistema Nacional de Saúde chileno e transferiu para os municípios a responsabilidade pela atenção básica, esses médicos tornaram-se funcionários municipais, sendo desvinculados da estrutura hospitalar do Ministério, que lhes garantia educação continuada. O cargo tornou-se menos atrativo, aumentando o número de vagas não preenchidas, o que fez com que se estudasse a criação de um novo regime administrativo, para os profissionais de saúde municipais, que garantisse a educação de pós-graduação e uma carreira em atenção básica (Herrera & Corral, 1995; Opas/OMS, 1998).

Em um modelo em que, ao término da graduação, o médico esteja apto a atuar na atenção básica, como se espera com as novas diretrizes curriculares, as especialidades

---

17 Tradução livre.

18 Tradução livre.

> devem ficar definidas em função da divisão racional das áreas de ampliação científica e desenvolvimento de tecnologias médicas de ponta, com vistas ao suporte e referência dos serviços de baixa e média complexidade. Nesta lógica, o bom generalista, especialista e superespecialista, são igualmente imprescindíveis, desde que adequadamente distribuídos e articulados no processo de trabalho e de oferta das ações de saúde à população de cada região. (Santos, 2001: 143)

A tendência à especialização pode anular o impacto dos processos de mudança na graduação, como os que têm sido implantados por meio do Promed (Padilha & Feuerwerker, 2002). Em consonância com esse conjunto de argumentos, o que aqui se defende é a formação do médico de família como resultado do próprio curso de graduação, entendendo que o Promed e as novas diretrizes curriculares representam, efetivamente, a possibilidade de que o curso de medicina assegure terminalidade para a formação do profissional médico.

Isso significa formar médicos, que, ao término do curso, estejam aptos para ingressar no mercado de trabalho de saúde da família, e que, pela competência adquirida na graduação, sejam prestigiados e respeitados pela corporação e por todos os demais segmentos da sociedade.

A Distribuição das Escolas Médicas

A formação de recursos humanos para a saúde e a criação de instituições formadoras devem ser responsabilidade dos governos, como resultado de políticas de saúde e de educação explícitas. Todavia, no que se refere ao modelo de ensino médico, se por um lado, o Promed vem atender a uma expectativa e a uma necessidade antigas; por outro, no que diz respeito à criação de novas escolas médicas, o cenário ainda é preocupante. O que se tem verificado é o aumento do número de escolas médicas e o crescimento desordenado dos programas de residência, sem que ambos estejam efetivamente orientados pelas necessidades do sistema de saúde e do modelo de atenção.

Como já discutido no primeiro capítulo, as escolas médicas estão fortemente concentradas nas regiões Sudeste e Sul, e a expansão de cursos médicos nessas áreas "obedeceu muito mais ao desenvolvimento econômico e ao poder de compra dessas regiões do que às reais

necessidades de acesso ao ensino superior nas regiões desprovidas de infra-estrutura como o Norte e o Nordeste" (Vieira *et al*., 2004: 192).

O tema tem preocupado os formuladores de políticas, gestores do setor e demais atores. E não apenas no que se refere à má distribuição da oferta de cursos de graduação de medicina, mas de toda a área da saúde. Recentemente, o documento preparatório para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, publicado em 2005, destacou "a necessidade de formular critérios nacionais para a abertura de cursos e de vagas nas escolas, a serem respeitados por todas as instâncias do setor da educação", entendendo que "não se pode concordar que sejam abertos cursos em regiões carentes sem um processo seletivo que conceda elevada prioridade aos candidatos locais" (Brasil, 2005b: 48).

Não fica claro, no documento, o que se entende por "um processo seletivo que conceda elevada prioridade aos candidatos locais". Entretanto, já há várias décadas, diversos estudos internacionais têm demonstrado que candidatos ao curso de medicina provenientes de áreas rurais têm maior tendência a se interessarem por atuar nessas áreas, comparativamente àqueles oriundos de áreas metropolitanas, desde que estimulados por uma política de admissão à graduação, por incentivos curriculares durante o curso etc. (Carter, 1987; Cullison, Reid & Colwill, 1976; Johnson, Baeumler & Carter, 1973; Kassebaum & Szenas, 1993; Leonardson, Lapierre & Hollingsworth, 1985; Rabinowitz, 1993; Rabinowitz *et al*., 1999).

Cullison, Reid e Colwill (1976: 504), por exemplo, afirmam que

> apesar da escolha do local de prática ter muitos determinantes, muito poucos deles podem ser influenciados pela escola médica. (...) No que se refere à admissão à escola médica, a ênfase crescente na seleção de pretendentes qualificados com origens rurais pode incrementar a porcentagem de graduados da escola médica que estejam interessados em atuar em área não metropolitana ou metropolitana de pequeno porte (...).[19]

A fim de aumentar o número de estudantes de medicina oriundos das áreas rurais, esses autores propõem que as escolas médicas não apenas incrementem o grau de aceitação de candidatos dessas áreas

---

[19] Tradução livre.

que possuam qualificação, mas também implementem programas de recrutamento de estudantes das áreas rurais. Vários países têm adotado essa estratégia, como Austrália, Estados Unidos e Tailândia (Wibulpolprasert, 2002).

Por fim, os autores concluem que:

> Os dados de diversos estudos sugerem que programas comuns que aumentam o número de estudantes médicos originários dos condados não metropolitanos e incrementam oportunidades para esses estudantes na medicina de família podem propiciar um impacto importante sobre a carência de médicos rurais.[20] (Cullison, Reid & Colwill, 1976: 505)

Rabinowitz (1993) avaliou os resultados de um desses programas, desenvolvido na Pensilvânia, Estados Unidos. O Programa, denominado "Physician Shortage Area Program" (PSAP), foi implantado em 1974, pelo Jefferson Medical College of Thomas Jefferson University, uma universidade privada, e se propõe a recrutar e admitir candidatos à escola médica, oriundos de áreas rurais, que pretendam atuar como médicos de família em localidades rurais ou desprovidas de atendimento médico. Além de apoio financeiro, os estudantes contam com um programa curricular específico em medicina de família, incluindo um supervisor, atividades obrigatórias no terceiro ano em uma ou duas localidades não metropolitanas e um semi-internato em medicina de família com preceptoria de um médico de família.

Rabinowitz analisou, por meio de dois estudos, os resultados obtidos pelo PSAP após 18 anos de sua implantação (Rabinowitz, 1993), e, posteriormente, após 22 anos da implantação (Rabinowitz *et al.*, 1999). O autor se reporta a outros estudos, como o de Pathman, Konrad e Ricketts III, (1992), que já mostravam que os médicos graduados pelo PSAP registram um ingresso em medicina de família cinco vezes superior ao daqueles que não se graduaram pelo Programa e que sete em cada dez graduados do PSAP aliam a prática em medicina da família com a atuação em áreas não metropolitanas ou desprovidas de médicos. Os dois estudos de Rabinowitz confirmam e estendem esses resultados, mostrando que os graduados do PSAP continuam ingressando muito mais na medicina de família em áreas rurais ou

[20] Tradução livre.

carentes do que seus pares. Registram, além disso, alto grau de retenção nessas áreas em comparação com outros programas vigentes nos Estados Unidos, como o National Health Service Corps (NHSC), que oferece bolsas de estudo ou crédito educativo a estudantes que se proponham a atuar em áreas, designadas pelo governo, com carência de médicos. Concluem tratar-se de um Programa muito bem-sucedido e com resultados de longo prazo, que deve ser implementado por outros estados norte-americanos (Rabinowitz, 1993; Rabinowitz *et al*.,1999).

Rabinowitz (1993) observa, ainda, que, embora não tenham sido avaliados isoladamente os vários componentes do PSAP (admissão, ajuda financeira, supervisão, currículo e locais de prática), a admissão seletiva parece ser o fator mais poderoso para o sucesso do Programa,

> uma vez que dados nacionais indicam que estudantes com origem rural ou interesse em medicina de família que entram para a escola médica estão muitas vezes mais próximos do que seus pares de se tornarem médicos de família ou atuarem em áreas rurais (e aqueles não interessados em medicina de família ou na prática rural são altamente improváveis de mudar sua escolha de carreira para a medicina de família).[21] (Rabinowitz, 1993: 938)

Além disso, Rabinowitz e seus colaboradores argumentam que mais de 2/3 dos graduados pelo PSAP não haviam sido aceitos por nenhuma outra escola médica além da Jefferson Medical College. Os dados da revisão de todos os matriculados da Jefferson Medical College, durante os 22 anos analisados pelo estudo, mostram que uma proporção similar de alunos não teria sido aceita pela própria Jefferson Medical College se o Programa não existisse. No entanto, verifica-se que o desempenho desses estudantes durante o curso foi semelhante a de seus colegas de classe não participantes do PSAP (Rabinowitz *et al*., 1999).

O autor acrescenta que outros programas têm alcançado metas semelhantes, o que sugere que as "escolas médicas podem ter uma influência substancial na distribuição geográfica e de especialidades de seus graduandos". Rabinowitz adverte, no entanto, que as

> escolas médicas não podem solucionar o problema nacional da má distribuição de médicos, por si sós. Mudanças são também

---

21 Tradução livre.

> necessárias na abordagem da educação superior médica, na remuneração dos médicos da atenção primária, no processo de crédito educativo e nas condições de exercício profissional.[22] (Rabinowitz, 1993: 939)

De qualquer forma, em outro estudo que discute os fatores críticos a serem considerados para o desenho de programas que tenham como objetivo aumentar a oferta e retenção de médicos na atenção primária em áreas rurais, Rabinowitz *et al.* (2001) reiteram a conclusão de que os educadores médicos e os formuladores de políticas podem obter um grande impacto se implantarem programas que incrementem o número de estudantes médicos de origem rural e planos de carreira na medicina de família. Estudos desenvolvidos por outros autores reforçam essa conclusão (Curran & Rourke, 2004; Dunbabin & Levitt, 2003; Jackson & Jackson, 1991; Kamien & Buttfield, 1990; Vaneslow, 1990).

Curran e Rourke (2004: 266) também entendem que:

> A educação médica tem um importante papel a desempenhar no recrutamento de médicos rurais. A organização, localização e missão das escolas médicas têm se mostrado relacionadas com a propensão dos graduandos a selecionarem a prática rural. Escolas médicas que são descentralizadas, localizadas em áreas rurais, possuem um foco rural, encorajam a admissão de estudantes rurais, facilitam o currículo médico voltado para a atuação rural e que proporcionam desde cedo experiências de aprendizado em medicina rural, são as mais bem-sucedidas em graduar médicos que irão escolher a prática rural como carreira.[23]

Os autores reportam três exemplos internacionais de escolas médicas com essas características e orientações: Tromso, no nordeste da Noruega; Jichi Medical School, no Japão; e Memorial University, em St John's, Canadá.

Na Tailândia, o recrutamento de estudantes rurais tem sido feito por algumas escolas médicas, com relativo sucesso. Tais escolas, espalhadas pelo país e subsidiadas, formam, anualmente, cerca de 300 médicos especificamente para atuar nas áreas rurais. Uma rede de hospitais e clínicas locais onde os estudantes podem praticar foi

---

[22] Tradução livre.

[23] Tradução livre.

montada para dar suporte ao Programa. Os estudantes desenvolvem essa prática nas localidades onde irão trabalhar após a graduação, o que é definido em contrato quando são recrutados, com vigência de dois a quatro anos. O Programa tem aumentado, consideravelmente, a proporção de alunos de medicina de origem rural (Wibulpolprasert, 1999, 2002).

Os estudantes de origem rural estão sub-representados nas escolas médicas relativamente à população rural total, o que caracteriza a dificuldade de acesso dessa população ao ensino médico (Curran & Rourke, 2004). Diversos estudos confirmam esse cenário (Head & Harris, 1989; Hutten-Czapski & Thurber, 2002; Kamien & Buttfield, 1990; Kassebaum & Szenas, 1993; Rourke, 2005).

Com freqüência, as comunidades rurais possuem menor nível educacional do que as urbanas. Dessa forma, por falta de modelos, os jovens que residem nas áreas rurais têm menos incentivo e experimentam menos aceitação à idéia de cursar uma faculdade, incluindo a escola médica, do que seus pares urbanos (Dhalla *et al.*, 2002). Além disso, a renda familiar nas regiões rurais é significativamente mais baixa do que a verificada nos centros urbanos, o que faz com que o alto custo da escola médica se configure como uma barreira real para os estudantes dessas áreas. A conclusão a que se chega é que há um viés no processo de admissão à escola médica que, não intencionalmente, dificulta a entrada de estudantes das áreas rurais (Rourke, 2005).

Variadas estratégias têm sido utilizadas para ampliar esse acesso. Na Austrália e nos Estados Unidos foram implementadas políticas que incluem criação de vagas, pontuação diferenciada nos processos seletivos, bolsas de estudo e apoio financeiro (Rourke, 2005). Recentemente, a Sociedade de Médicos Rurais do Canadá divulgou um relatório com recomendações de políticas e estratégias para ampliar o acesso dos estudantes rurais à formação médica, que inclui iniciativas destinadas a fomentar, desde o ensino básico, o interesse pelo estudo da medicina (Rourke, 2005). No México e na Tailândia, os estudantes que recorrem ao crédito educativo para cursar medicina podem pagar seus estudos por meio do trabalho, após a graduação, em áreas rurais com carência de médicos, definidas pelo governo (Dussault & Franceschini, 2006).

Os jovens das áreas rurais que conseguem ultrapassar essas dificuldades ainda precisam arcar com elevados custos de deslocamento em função das grandes distâncias que, em geral, separam essas localidades dos centros urbanos onde estão localizadas as escolas médicas (Rourke, 2005). Dussault e Franceschini (2006) mostram que a localização da escola médica está associada com a escolha do local de prática e da especialidade.

No Brasil, o cenário não é diferente e se estende à formação em nível de pós-graduação. Feuerwerker (2001: 51), por exemplo, lembra que "o fato de o médico recém-formado fazer residência fora do seu local de origem é um importante fator de concentração dos médicos nos principais centros urbanos e especialmente na região Sudeste". Afirmação confirmada pelo estudo de Machado (1997), que mostra que 60% dos médicos que migram para fazer residência médica não retornam ao seu local de origem. Estudos internacionais, já há algumas décadas, também demonstram o mesmo (Holmes & Miller, 1986; Johnson, Baeumler & Carter, 1973; Leonardson, Lapierre & Hollingsworth, 1985; Yett & Sloan, 1974).

O estudo de Machado (1997) permite observar também que a localização de escolas de medicina em municípios do interior contribui para que os profissionais que ali se graduam acabem fixando residência em localidades do interior do país. Somente para o estado do Rio de Janeiro essa tendência não se revelou válida, uma vez que independentemente da localização do estabelecimento de ensino, os médicos formados terminam por se fixar nas capitais. As conclusões da autora confirmam a literatura internacional, que mostra a tendência dos médicos em permanecerem nas áreas onde se graduaram ou se especializaram (Burfield, Hough & Marder, 1986; Cooper, Heald & Samuels, 1977; Kristiansen & Førde, 1992; Leonardson, Lapierre & Hollingsworth, 1985; Scheffler, 1971; Watson, 1980). Recentes estudos nacionais também chegam às mesmas conclusões (CFM, 2004; Pinto, 1999; Póvoa & Andrade, 2006), o que deixa clara a importância da distribuição espacial das escolas de medicina para uma distribuição mais equânime de médicos no país.

Conforme demonstrou a experiência do Pits, foi a Região Nordeste que se destacou como região de graduação da maioria dos médicos lotados no Programa, dos que concluíram um ano de participação e dos que renovaram por mais um ano. Já o Sudeste apresentou um

índice como região de graduação dos médicos desistentes ou desligados (37,4%) bastante superior à sua participação como região de graduação dos que concluíram um ano (25,6%) ou renovaram (16,2%). Além disso, também foi expressivo o percentual de médicos que concluíram um ano no Pits e haviam se formado em instituições de ensino superior da Região Norte (19,7%), que foi o local de origem de 19,8% dos médicos lotados, levando à conclusão de que os médicos oriundos da Região Norte ali se graduaram. Deve-se relembrar, ainda, que a maioria dos médicos que concluíram um ano no Pits ou renovaram sua participação era proveniente das regiões Nordeste e Norte (68,7% e 73%, respectivamente).

Vale, portanto, destacar a conclusão obtida por meio desses e de outros dados do Pits: há maior interesse, por parte dos médicos que já residem e se graduaram nas regiões Nordeste e Norte, de fixação nessas localidades consideradas menos atrativas para aqueles do Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Desde que, é claro, sejam oferecidas condições adequadas de contratação, remuneração, capacitação e incentivos compensatórios. Além do maior interesse, esses profissionais revelaram particular sensibilização com as condições de vida e de saúde da população dos estados e regiões em que vivem, mostrando-se mais conhecedores dos problemas e limitações existentes e mais conscientes e mobilizados em reverter o quadro de saúde que afeta as comunidades dessas áreas.

Esses resultados são convergentes com os de estudos internacionais que mostram que graduados oriundos de escolas médicas localizadas fora dos grandes centros urbanos são mais propensos a atuar em áreas rurais e a escolher especialidades ligadas à atenção básica, tais como a medicina de família (Rosenblatt *et al.*, 1992).

No caso do Brasil, a possibilidade de que esses estudantes possam graduar-se em universidades em seus próprios estados de origem e dar continuidade a sua formação nessas localidades vem se tornando factível apenas há alguns poucos anos. Como visto no capítulo 1, até pouco tempo, a maioria desses profissionais precisaria deslocar-se para as demais regiões do país – particularmente para o Sudeste e o Sul – para se graduar em medicina. Hoje, o Norte e o Nordeste contam com cerca de 31% das escolas médicas do país, sendo que mais da metade delas (54%) foram criadas nos últimos seis anos, ou seja, a partir do ano 2000. O impacto que a criação dessas escolas poderá ter sobre a

má distribuição e a maior fixação de médicos nessas regiões só poderá ser avaliado dentro de mais alguns anos. Mas, de qualquer forma, a abertura de vagas para medicina nessas áreas parece indispensável como uma das estratégias para enfrentar o problema e se mostra compatível com o que aponta a literatura internacional. Isso não significa defender uma visão expansionista de formação de médicos, mas ao contrário, visa a estimular a reflexão acerca da reversão dessa tendência, em favor de políticas que: 1) reorientem a criação de escolas médicas num sentido que favoreça a distribuição geográfica e a fixação desses profissionais em localidades de menor porte; 2) estabeleçam processos seletivos que incentivem o ingresso de estudantes rurais; 3) criem oportunidades de educação continuada e atualização profissional em localidades próximas a essas áreas.

O Movimento Migratório dos Médicos

A distribuição geográfica de médicos está fortemente condicionada pelo processo de escolha da localidade em que esse profissional pretende atuar, que, por sua vez é influenciada por diversos fatores, alguns específicos desta categoria profissional; outros inerentes ao próprio movimento migratório em geral.

Os fatores envolvidos na decisão que leva os indivíduos a migrarem de uma área para outra estão vinculados à identificação de aspectos positivos e negativos nas áreas de origem e de destino, conhecidos como fatores de atração ou de expulsão (Lavinas, Carleial & Nabuco, 1994; Patarra, 1997; Santos, Levy & Szmrecsányi, 1991; Singer, 1972). É, portanto, uma decisão seletiva que cria correntes e contracorrentes de fluxo migratório, com especificidades por escolaridade, sexo, idade, ocupação etc (Pacheco & Patarra, 1997; Pinto, 2000).

O fenômeno migratório é parte de um processo mais amplo de transformação global da própria sociedade, sendo possível diferenciar os fatores de atração ou expulsão segundo seu caráter de 'causas' – entendidas como condições estruturais – ou de 'motivos' – entendidos como condições individuais ou familiares (Singer, 1972).

Póvoa e Andrade (2006), com base em modelo teórico proposto por Maier e Weiss (1991), realizaram um estudo de modelagem considerando diversas variáveis que funcionam como 'causas' ou

'motivos' para a migração de médicos no Brasil. O estudo confirma os achados de Rosko e Broyles (1988), para quem os médicos são atraídos para as regiões onde os ganhos líquidos sejam altos. Segundo esses autores, o maior número de médicos em uma localidade aumenta a competitividade e diminui os ganhos líquidos, tornando-a menos atrativa, segundo este critério.

No entanto, como foi possível observar na experiência do Pits, mesmo com a boa remuneração oferecida e acrescida do incentivo financeiro criado pelo Ministério da Saúde para este fim, poucos profissionais optaram por renovar sua participação no Programa. Isso parece indicar que, em se tratando de interiorização, não é o atrativo financeiro que tem maior peso na decisão dos médicos de aceitarem trabalhar nessas localidades.

Dentre os fatores que podem ser classificados como 'motivos', a literatura revela que a influência do cônjuge tem papel de destaque na escolha dos médicos por uma cidade para migrar (Holmes & Miller, 1986; Kazanjian & Pagliccia, 1996; Leonardson, Lapierre & Hollingsworth, 1985; Póvoa & Andrade, 2006; Szafran, Crutcher & Chaytors, 2001). São estudos que mostram que as localidades com mercado de trabalho restrito e com poucas oportunidades são preteridas pelos parceiros conjugais dos médicos – particularmente quando possuem bom nível de escolaridade – por verem suas próprias perspectivas profissionais reduzidas. Em recente trabalho, Pinto (2000) mostra que 26,9% do total de médicos em atividade no país migram por motivos familiares; 25,7% em busca de formação profissional e 24,4% por melhores condições de trabalho.

A modelagem de Póvoa e Andrade (2006) também aponta nessa direção, além de revelar que os médicos mais jovens são mais propensos a migrar, reduzindo-se a partir dos 50 anos o interesse em se deslocar. No entanto, no caso do Pits, o expressivo percentual de 23,2% dos lotados tinham mais de 50 anos, e parte desses profissionais optaram por atuar no Programa em busca de um estilo de vida mais interiorano e distante do estresse das grandes cidades. Foram também os médicos mais velhos que, em geral, optaram por continuar no Programa por pelo menos mais um ano.

Outros estudos apontam que as mulheres demonstram menos interesse em atuar nas áreas rurais do que os homens (Bowman & Gross, 1986; Doescher, Ellsbury & Hart, 2000). Dessa vez o caso do Pits

confirma o achado, revelando que tanto os médicos que se inscreveram para participar do Programa quanto os que desistiram antes da lotação e os efetivamente lotados eram, em sua maioria, do sexo masculino. Além disso, o maior percentual de desistências e desligamentos foi registrado entre as mulheres. São necessários estudos mais detalhados e específicos para identificar as causas desse fenômeno.

Leonardson, Lapierre e Hollingsworth (1985), utilizando técnicas de regressão múltipla, pesquisaram 29 variáveis que podem interferir na escolha do local de atuação dos médicos, destacando como principais: o tamanho da cidade onde o profissional cresceu; o tamanho da cidade onde o(a) esposo(a) ou companheiro(a) cresceu; o contato com outros médicos; a importância que o profissional atribui à educação médica continuada; as oportunidades de crescimento profissional. Os autores concluem que as percepções e preferências de estilo de vida dos médicos são os principais fatores para determinar o local de atuação.

Com relação ao quarto fator anteriormente apontado, a educação médica continuada –, foi possível observar, na experiência do Pits, que, em sua maioria, os médicos que se inscreveram no Programa não haviam feito nenhum curso de pós-graduação, e que o curso de especialização em saúde da família foi considerado por eles como o fator mais atrativo do Programa. Foram exatamente profissionais sem pós-graduação que, majoritariamente, renovaram sua participação por mais um ano Além disso, a quase totalidade dos médicos que participaram do Pits declarou necessidade de aprimoramento profissional.

Page *et al.* (1992) também se dedicaram à pesquisa de fatores que interferem na escolha dos médicos pelo local de atuação. Os autores identificaram fatores atrativos e negativos em relação às áreas rurais. Como fatores negativos, foram citados pelos profissionais: a ausência de outros médicos com quem possam interagir; a inexistência de supervisores; a falta de especialistas de referência para onde encaminhar os pacientes; a falta de equipamentos e de recursos para manutenção; a falta de apoio laboratorial; as longas distâncias dos centros urbanos; as dificuldades de transporte; a escassez de opções de lazer. Mas o fator mais referido como motivo para não haver interesse pela escolha de áreas rurais foi a falta de oportunidades de pós-graduação. Como aspectos atrativos que mobilizam os profissionais para atuar nessas

áreas foram identificados: menor taxa de violência; menos poluição; desejo de mudança; sentimentos altruístas. Em relação aos 'sentimentos altruístas', no caso do Pits, 'a atuação profissional junto às comunidades carentes' foi considerada pelos médicos como o fator mais satisfatório do Programa.

Szafran, Crutcher e Chaytors (2001), por sua vez, encontraram resultados semelhantes aos estudos de Leonardson, Lapierre e Hollingsworth (1985) e Page *et al.* (1992), destacando ainda as condições de remuneração, incentivos financeiros, a disponibilidade de educação médica continuada, as oportunidades educacionais para os filhos e a proximidade da família e dos amigos.

No Brasil, o crescente processo de industrialização e urbanização, intensificado a partir da década de 1950, tornou as regiões Sudeste e Sul pólos de atração de profissionais dos mais variados segmentos, não apenas pela maior oferta de trabalho, mas também pelas oportunidades educacionais.

Analisando a origem geográfica dos médicos que trabalham nas diversas regiões brasileiras, Machado (1997), a partir do já citado "Perfil dos médicos no Brasil", realizado em 1995, aponta as especificidades do movimento migratório desses profissionais. As regiões Nordeste, Sudeste e Sul comportam-se como mercados de trabalho mais fechados regionalmente, com mais de 73% de seus médicos sendo oriundos da própria região. O Centro-Oeste revela-se como o mercado mais dependente de profissionais de outras regiões (68,8%), seguido da Região Norte (39%). A análise por Unidade da Federação (UF) mostra que, com exceção do Pará, os demais estados da Região Norte dependem fortemente do aporte de médicos vindos de outros estados do país. Já o Rio Grande do Sul e Minas Gerais são os que possuem a menor participação de médicos migrantes – 5,7% e 13,1%, respectivamente –, acentuando a característica de mercados fechados, constituídos de profissionais nascidos na própria localidade.

Machado (1997: 42), com base em mapas migratórios entre as UFs, elaborados a partir do estudo que coordenou, resume assim as principais características observadas no movimento migratório dos médicos entre os diversos estados brasileiros:

> Minas Gerais se destaca como um 'estado migrador', seguido de Rio de Janeiro e São Paulo, fato explicado em parte pela alta

> concentração de escolas médicas nesses estados. Apenas um estado nordestino – Pernambuco – figura entre os estados de maior volume migratório, mesmo assim localizado apenas no movimento de migração Pernambuco-Roraima. Paradoxalmente, a totalidade dos estados que compõem a região Nordeste apresenta as menores taxas de migração de todo o país, o que sugere um mercado fechado e tipicamente nordestino, onde as trocas de serviços e profissionais especializados são realizadas no interior da própria região.

Pinto (2000: 54), por sua vez, sintetiza as principais características do movimento migratório desses profissionais:

> Médicos tendem a se especializar e em boa medida acabam buscando centros urbanos desenvolvidos a fim de se 're-qualificarem' para os novos desafios e perspectivas profissionais; médicos consideram os 'fatores de atração' que um determinado município de um estado possa oferecer e isso influencia sua decisão de migrar; médicos formam movimentos migratórios de correntes e contracorrentes diferenciados por especialidade, faixa etária e gênero; médicos analisam, no plano individual, os custos e benefícios de migrar, levando em consideração, por exemplo, os rendimentos que irão auferir, estando estes situados, de maneira geral, acima da média salarial dos demais profissionais não-migrantes.

De qualquer forma, ainda é muito reduzido o contingente de médicos que optam por atuar no interior. No caso dos egressos de universidades federais, por exemplo, apenas 14% dos que se graduaram no estado do Rio de Janeiro, 8% no Pará, 7% em Pernambuco, 4% no Ceará e no Rio Grande do Norte e 2% em Alagoas, se deslocaram para o interior (Machado, 1997). Mas a competitividade cada vez maior do mercado de trabalho nos grandes centros urbanos tende a acarretar, gradativamente, maior movimento migratório para cidades do interior que ofereçam condições para o exercício da medicina, conforme demonstra a experiência de outros países (Newhouse *et al.*, 1982; Nocera & Wanzenried, 2002; Schwartz *et al.*, 1980; Williams *et al.*, 1983).

Entende-se aqui que a diversidade de 'causas' e 'motivos' que interferem nesse cenário mostra o quanto é complexo e multifacetado o problema da má distribuição de médicos. Para enfrentá-lo, sugere-se que além de políticas que contemplem as considerações e recomendações defendidas nos eixos analíticos anteriores, sejam

adaptadas iniciativas como as que foram implementadas na Austrália. O governo e alguns estados australianos têm fundado organizações não-governamentais, conhecidas como Agências de Força de Trabalho Rural, para incrementar o recrutamento de médicos rurais e estimular sua permanência nessas localidades (Cameron, 2002). A principal estratégia adotada é a garantia de educação continuada, aliada a gratificações financeiras, sistema de referência e contra-referência, manutenção de uma rede de comunicação e de troca permanente de experiências entre esses profissionais e mediação em caso de atritos entre colegas ou com as autoridades locais. Além disso, reconhecendo a importância da influência e satisfação da família para que os médicos se fixem nessas localidades, foram implementadas estratégias de apoio às suas famílias, incluindo a criação da Rede de Famílias de Médicos Rurais, que proporciona suporte para as possíveis dificuldades de adaptação.

Conclusão

O problema da má distribuição de médicos, no Brasil e no exterior, não é um fenômeno cíclico. Diagnósticos, em todo o mundo, acerca da má distribuição, são antigos e permanentes, e cada país tem tentado minimizar o problema de acordo com sua realidade política, econômica e social.

Na América Latina, a principal estratégia que vem sendo tentada é o serviço civil, em contraste com países como Austrália, Estados Unidos e Tailândia, dentre outros, que têm preferido adotar políticas mais abrangentes, como as que são neste livro defendidas.

A compreensão de que estratégias pontuais de interiorização, como os programas que têm sido tentados no Brasil, não são eficazes para enfrentar a má distribuição de médicos e a fixação desses profissionais, leva à recomendação de que o enfrentamento do problema integre a agenda do Estado e seja tratado no âmbito dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, como parte do plano de desenvolvimento econômico e social do país.

No âmbito específico da política de saúde, está clara a pertinência e o potencial de mudança da recém-aprovada Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que consolida estratégias destinadas à desprecarização do trabalho, às mesas de negociação e ao plano de carreiras único do SUS, dentre outros aspectos relevantes. A construção coletiva que levou à sua formulação e aprovação deve ser incentivada e mantida para garantir sua implantação. Isso significa entender como indispensável a articulação política e técnica entre as esferas federal, estadual, municipal, as instâncias de controle social, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classe. Como já referido, a implantação dessa política poderá funcionar como um verdadeiro 'divisor de águas' no encaminhamento dos principais problemas hoje existentes na gestão do trabalho e da educação para o

SUS, e, por conseqüência, no enfrentamento da má distribuição de profissionais de saúde.

Defende-se que o plano de carreiras do SUS seja nacional, mas com ingresso por concurso público na instância municipal, com incentivos para os profissionais que se propuserem a atuar em localidades desprivilegiadas (como faixas salariais compensatórias e ascenção funcional diferenciada).

Entendendo que nenhuma política que pretenda melhorar a distribuição de profissionais de saúde e ampliar sua fixação nessas localidades poderá ser bem-sucedida se os gestores municipais não forem capacitados para o exercício de suas funções, propõe-se que os governos federal e estaduais invistam no aperfeiçoamento da capacidade gestora desses municípios, de forma a ampliar sua habilidade político-administrativa, *performance* de gasto e o aporte de recursos para o desempenho de suas funções, com fortalecimento do controle social.

Como o problema da má distribuição de médicos não se restringe ao aspecto quantitativo, destaca-se a necessidade de mudanças na formação desses profissionais, que permitam sua inserção plena e eficaz na estratégia de saúde da família como parte da atenção básica.

O que aqui se defende é a formação do médico de família como resultado do próprio curso de graduação e não a criação de uma nova especialidade médica. Para isso, é alvissareira a implantação do Promed e das novas diretrizes curriculares, que representam, efetivamente, a possibilidade de que o curso de medicina assegure terminalidade para a formação do profissional médico. Isso significa formar médicos, que, ao término do curso, estejam aptos para ingressar no mercado de trabalho de saúde da família, e que, pela competência adquirida na graduação, sejam prestigiados e respeitados pela corporação e por todos os demais segmentos da sociedade.

Essa formação, no entanto, precisa estar mais bem distribuída espacialmente no território nacional. Isso não significa defender uma visão expansionista de formação de médicos, mas, ao contrário, visa a estimular a reflexão acerca da reversão dessa tendência, em favor de políticas que: 1) reorientem a criação de escolas médicas num sentido que favoreça a distribuição geográfica e a fixação desses profissionais em localidades de menor porte; 2) estabeleçam processos seletivos que incentivem o ingresso de estudantes rurais; 3) criem oportunidades de

educação continuada e atualização profissional em localidades próximas a essas áreas.

Entende-se que os diversos fatores que interferem no movimento migratório dos médicos pode ser enfrentado mediante políticas que contemplem a garantia de educação continuada, remuneração compensatória, sistema de referência e contra-referência e manutenção de uma rede de comunicação e de troca permanente de experiências.

Por fim, para a implantação de qualquer política e estratégia que pretenda enfrentar o problema da má distribuição e fixação de médicos em nosso país, é necessário auscultar, cada vez mais, os profissionais de saúde, a população, os gestores, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classe. A finalidade é identificar, segundo a percepção desses atores, os nós críticos e recomendações para que as estratégias de intervenção governamental possam apresentar maior eficácia e adesão.

Referências

ARRUDA, B. K. G. de. (Org.) *A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social*. Recife: Imip, Ministério da Saúde, 2001. (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – Imip, n. 1)

BITTAR, O. J. N. V. O mercado médico no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 33(1): 55-66, 1999.

BOWMAN, M. & GROSS, M. L. Overview of research on women in Medicine: issues for public policymakers. *Public Health Reports*, 101(5): 513-521, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

BRASIL. Decreto-lei n. 62.927, 28 jun. 1968. Institui, em caráter permanente, o Grupo de Trabalho "Projeto Rondon", e dá outras providências, 1968.

BRASIL. Decreto-lei n. 67.505, 06 nov. 1970. Reformula o Grupo de Trabalho Projeto Rondon e assegura-lhe autonomia administrativa e financeira e dá outras providências, 1970.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *O Projeto Rondon*. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1972. (Coleção Brasil Hoje, n. 9.)

BRASIL. Lei n. 6.310, 15 dez. 1975. Autoriza a instituição da Fundação Projeto Rondon, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 1975a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 5ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1975b.

BRASIL. Decreto-lei n. 78.307, 24 ago. 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, e dá outras providências, 1976a.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Estudo sobre a Formação e Utilização de Recursos Humanos na Área da Saúde*. Brasília, 1976b. (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – Piass*. Brasília Ministério da Saúde, 1981. (Relatório de Situação)

BRASIL. Ministério da Saúde. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *Cadernos RH Saúde*, 1(1): 1-197, 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. *Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus)*. Brasília, nov. 1993b (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. *Programa de Interiorização Levará Serviços de Saúde a Dois Milhões de Brasileiros.* Brasília, nov., 1993c (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Portaria ministerial n. 1.162, 18 out. 2000. Cria grupo de trabalho para elaboração do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. Decreto presidencial n. 3.745, 05 fev. 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília, 2001a.

BRASIL. Portaria ministerial n. 227, 16 fev. 2001. Aprova as orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília, 2001b.

BRASIL. Portaria ministerial n. 1069, 18 jul. 2001. Determina incentivos financeiros para os municípios participantes do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília, 2001c.

BRASIL. Portaria ministerial n. 06, 21 fev. 2001. Institui a Comissão Nacional de Seleção do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília, 2001d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde: concepção, seleção e lotação de equipes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001e.

BRASIL. Portaria interministerial n. 610, 26 mar. 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília, 2002a.

BRASIL. Portaria ministerial n. 758, 16 abr. 2002. Aprova a readequação das orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília, 2002b.

BRASIL. Portaria Ministerial n. 1.695, 25 set. 2002. Aprova as orientações, normas, regulamento e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas.* Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Gestão.* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2002e.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde: relatório de gestão 2001-2002.* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2002f. (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Recursos Humanos em Saúde para o SUS: balanço e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tópicos da política de desenvolvimento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 4 a 7 nov. 2002, Brasília. *Anais*... Brasília, 2002h (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. (Revista e atualizada)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BURFIELD, W. B.; HOUGH, D. E. & MARDER, W. D. Location of medical education and choice of location of practice. *Journal of Medical Education*, 61: 545-554, jul., 1986.

CAMERON, I. Increasing recruitment and retention of doctors in rural and remote areas: Australia as a case study. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). (Orgs.) *Política de Recursos Humanos em Saúde – Seminário Internacional.* Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, G. W. S. *Os Médicos e a Política de Saúde: entre a estatização e o empresariamento – a defesa da prática liberal da Medicina.* São Paulo: Hucitec, 1988.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma: repensando a saúde.* São Paulo: Hucitec, 1992.

CARTER, R. G. The relation between personal characteristics of physicians and practice location in Manitoba. *Canadian Medical Association Journal*, 136: 366-368, 1987.

COHEN, E. & FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO (CFE). *A Dimensão Atual do Projeto Rondon*. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 1979.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *O Médico e o seu Trabalho*. Brasília: CFM, 2004.

COOPER, J. K.; HEALD, K. & SAMUELS, M. Affecting the supply of rural physicians. *American Journal of Public Health*, 67(8): 756-759, 1977.

CORDEIRO, H. A. *As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORDEIRO, H. A. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate*, 21: 36-43, 2000.

CULLISON, S.; REID, C. & COLWILL, J. M. Medical school admissions, specialty selection, and distribution of physicians. *Jama*, 35(2): 502-505, 1976.

CURRAN, V. & ROURKE, J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Medical Teacher*, 26(3): 265-272, 2004.

DAL POZ, M. R. *Entre o Prescrito e o Realizado: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal*,

1996. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

DAL POZ, M. R. & VARELLA, T. C. Estudo de condições de formação e exercício profissional em saúde no Brasil. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

DHALLA, I. A. *et al*. Characteristics of first-year students in Canadian medical schools. *CMAJ*, 166(8): 1.029-1.035, 2002.

DOESCHER, M.; ELLSBURY, K. & HART, L. The distribution of rural female generalist physicians in the United States. *Journal of Rural Health*, 16(2): 111-118, 2000.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DUBABIN, J. S. & LEVITT, L. Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia. *Rural and Remote Health*, 3(212): 1-17, 2003. Disponível em: <www.rrh.deakin.edu.au>.

DUSSAULT, G. & FRANCESCHINI, M. C. Not enough there, too many there: understanding geographical imbalances in distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4(12): 1-16, 2006.

FELIPE, J. S. MPAS: o vilão da Reforma Sanitária? *Cadernos de Saúde Pública*, 4(3): 483-504, 1987.

FERREIRA, J. R. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educación Médica y Salud*, 17(1): 54-67, 1983.

FERREIRA, J. R. O médico do século XXI. In: ARRUDA, B. K. G. de. (Org.) *A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social*. Recife: Imip, Ministério da Saúde, 2001. (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 1)

FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Rede Unida, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(57): 39-54, 2001.

FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na Educação Médica: os casos de Londrina e Marília*, 2002. Tese de Doutorado em Saúde Pública, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

GILMORE, A. Distributing physicians. *Can. Med. Assn. J.*, 133: 689-694, 1985.

GIRARDI, S. N. O perfil do "emprego" em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2: 423-439, 1986.

GIRARDI, S. N. *A Situação Atual dos Recursos Humanos em Saúde no Brasil: sinais do mercado de trabalho e aspectos de sua regulação nos anos 90*. Belo Horizonte, 1995. (Relatório Final de Pesquisa)

GIRARDI, S. N. & CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002.

GIRARDI, S. N. & CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.) *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

GOULART, F. A. de A. *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?*, 2002. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

GRUPO EXECUTIVO INTERMINISTERIAL/PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO (GEIN/PIASS). *Piass: informações básicas*. Brasília, 1977. (Mimeo.)

HEAD, R. E. & HARRIS, D. L. Characteristics of medical school applicants: implications for rural health care. *Family Medicine*, 21: 187-190, 1989.

HERRERA, G. & CORRAL, V. del. (Orgs.) *Servicio Social y Comunitario en el Entrenamiento Médico y la Práctica Profesional*. In: SESIONES DE LA CONFERENCIA EN WASHINGTON, 24-27 mar., 1993, Washington. *Anais*... New York: Fundación Josiah Macy Jr., 1995.

HOLMES, J. E. & MILLER, D. A. Factors affecting decisions on practice locations. *Journal of Medical Education*, 61: 721-726, sep., 1986.

HUTTEN-CZAPSKI, P. & THURBER, A. D. Who makes Canada's rural doctors? *Canadian Journal of Rural Medicine*, 7(2): 95-99, 2002.

JACKSON, W. D. & JACKSON, D. J. The Western Australia Centre for Remote and Rural Medicine. *Medical Journal of Australia*, 155: 144-146, 1991.

JOHNSON, S. E.; BAEUMLER, W. L. & CARTER, R. E. The family physician: a comparative study of Minnesota and Wisconsin family physicians practicing in rural and urban communities. *Minnessota Medicine*, 56: 713-718, 1973.

KAMIEN, M. & BUTTFIELD. Some solutions to the shortage of general practioners in rural Australia. Part 2: Undergraduate education. *Medical Journal of Australia*, 153: 107-108, 1990.

KASSEBAUM, D. G. & SZENAS, P. L. Rural sources of medical students and graduates'choice of rural practice. *Academic Medicine*, 68: 232-236, 1993.

KAZANJIAN, A. & PAGLICCIA, N. Key factors in physicians' choice of practice location: findings from a survey of practitioners and their spouses. *Health and Place*, 2(1): 27-34, 1996.

KRISTIANSEN, I. S. & FØRDE, O. H. Medical specialists' choice of location: the role of geographical attachment in Norway. *Social Science & Medicine*, 34(1): 57-62, 1992.

LAMPERT, J. B. Currículo de graduação e contexto da formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 25(1): 7-19, 2001.

LAMPERT, J. B. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil*, 2002. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

LAVINAS, L.; CARLEIAL, L. M. F. & NABUCO, M. R. *Integração, Região e Regionalismo*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

LEONARDSON, G.; LAPIERRE, R. & HOLLINGSWORTH, D. Factors predictive of physician location. *Journal of Medical Education*, 60: 37-43, jan., 1985.

LUBAMBO, C. W. Reforma do Estado e capacidade de gestão pública nos municípios nordestinos. Recife: Fundaj, 1998 (Trabalho apresentado no seminário 'A Reforma da Administração Pública no Brasil: possibilidades e obstáculos')

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H. (Org.) *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

MACHADO, M. H. *Os Médicos e sua Prática Profissional: as metamorfoses de uma profissão*, 1996a. Tese de Doutorado em Ciência Política, Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas e Estudos do Rio de Janeiro.

MACHADO, M. H. As profissões e o SUS: arenas conflitivas. *Divulgação em Saúde para Debate*, 14: 44-47, 1996b.

MACHADO, M. H. *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

MACHADO, M. H. (Coord.) *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Relatório Final)

MACHADO, M. H. (Coord.) Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. *et al*. (Orgs.) *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MACIEL FILHO, R. Apresentação. In: ARRUDA, B. K. G. de. (Org.) *A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social*. Recife: Imip, Ministério da Saúde, 2001. (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 1)

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para a Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde: o caso brasileiro*, 2007. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MACIEL FILHO, R. & PIERANTONI, C. R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: FALCÃO, A. *et al*. (Orgs.) *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MAIER, G. & WEISS, P. The discrete choice approach to migration modeling. In: STILLWELL, J. & CONGDON, P. (Eds.) *Migration Models: macro and micro approaches*. London, New York: Belhaven Press, 1991.

MEDICI, A. C. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70. *Revista de Administração Pública*, 19(2): 54-69, 1985.

MEDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 2: 409-422, 1986.

MEDICI, A. C. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. *Cadernos Rh Saúde*, 1(1): 41-46, 1993.

MEDICI, A. C. *et al*. El mercado de trabajo en salud: aspectos teoricos, conceptuales y metodologicos. *Educación Médica y Salud*, 25(1): 1-14, 1991.

MEDICI, A. C. *et al*. *O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1992.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.) *A Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

NEWHOUSE, J. P. *et al*. Does the geographical distribution of physicians reflect market failure? *Bell Journal of Economics*, 13: 493-506, 1982.

NOCERA, S. & WANZENRIED, G. *On the Dynamics of Physician Density Theory and Empirical Evidence for Switzerland*. Bern: University of Bern, 2002. (Working Paper)

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. *Revista de Administração Pública*, 17(3): 61-70, 1983.

NOGUEIRA, R. P. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: NUNES, E. D. & GARCÍA, J. C. (Orgs.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985a.

NOGUEIRA, R. P. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. *Educación Médica y Salud*, 19(1): 25-47, 1985b.

NOGUEIRA, R. P. *Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: 1970-1983*. Brasília: OPS, 1986a. (Monografias do GAP, 1)

NOGUEIRA, R. P. Mercado de trabalho em saúde: conceitos e medidas. *Educación Médica y Salud*, 20(4): 524-532, 1986b.

NOGUEIRA, R. P. & BRITO, P. Recursos humanos en salud de las Américas. *Educación Médica y Salud*, 20(3): 295-322, 1986.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *El Servicio Social de Medicina en América Latina: situación actual y perspectivas.* Washington, 9-11 abr. 1997, 1998. (Informe de un Taller Regional)

PACHECO, C. A. & PATARRA, N. L. Movimentos migratórios anos 80: novos padrões. In: PATARRA, N. L. (Org.) *Migração, Condições de Vida e Dinâmica Urbana.* Campinas: Unicamp, 1997.

PADILHA, R. de C. & FEUERWERKER, L. C. M. As políticas públicas e a formação de médicos (editorial). *Revista Brasileira de Educação Médica*, 26(1): 3-4, 2002.

PAGE, J. *et al*. Factors influencing medical interns trained at U.W.I. to work subsequently in a rural area in Jamaica. *West Indian Medical Journal*, 41: 75-78, 1992.

PAIM, J. S. *Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994. (AdSAÚDE – Série Temática, 1)

PATARRA, N. L. (Org.) *Migração, Condições de Vida e Dinâmica Urbana*. Campinas: Unicamp, 1997.

PATHMAN, D. E.; KONRAD, T. R. & RICKETTS III, T. C. The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. *Jama*, 268(12): 1.552-1.558, 1992.

PIERANTONI, C. R. *Reformas da Saúde e Recursos Humanos: novos desafios x velhos problemas*, 2000. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PINTO, L. F. *Médicos e Migração: a residência em foco*, 1999. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

PINTO, L. F. A profissão médica e os fenômenos migratórios no Brasil. *Saúde em Debate*, 24(56): 44-56, 2000.

PÓVOA, L. & ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8): 1.555-1.564, 2006.

QUADRA, A. A. F. & AMANCIO, A. O planejamento e a formação de recursos humanos para a saúde. In: GUIMARÃES, R. (Org.) *Saúde e Medicina no Brasil*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984 (Biblioteca de Saúde e Sociedade, v. 3)

RABINOWITZ, H. K. Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *The New England Journal of Medicine*, 328(13): 934-939, 1993.

RABINOWITZ, H. K. *et al*. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: impact after 22 years. *Jama*, 281(3): 255-260, 1999.

RABINOWITZ, H. K. *et al*. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *Jama*, 286(9): 1.041-1.048, 2001.

REGO, S. A. *A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. 1. reimpr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

RODRIGUES, M. C. Bastidores do Projeto Rondon (1967-1989, s.d. Disponível em: <www.ufrgs.br/projetorondon/framepage_historico.htm>. Acesso em: 25 nov. 2005.

ROSAS, E. J. *A Extensão da Cobertura dos Serviços de Saúde no Brasil: Piass – análise de uma experiência*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1981.

ROSENBLATT, R. *et al*. Which medical schools produce rural physicians. *Jama*, 268(12): 1559-1565, 1992.

ROSKO, M. D. & BROYLES, R. W. The geographic distributions of physicians: choice of location. In: ROSKO, M. D. & BROYLES, R. W. (Eds.) *The Economics of Health Care: a reference handbook*. New York, London: Greenwood Press, 1988.

ROURKE, J. Strategies to increase the enrolment of students of rural origin in medical school: recommendations from the Society of Rural Physicians of Canada. *JAMC*, 172(1): 62-65, 2005.

SALIM, R. A. A. D. *Força de Trabalho em Saúde: o emprego em saúde como expressão das políticas de reforma na organização social dos serviços*, 1992. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária, Salvador: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal da Bahia.

SANTOS, N. R. dos. Formação ético-humanista do médico e a construção de serviços de saúde humanizados: coincidência ou coerência? In: ARRUDA, B. K. G. de. (Org.) *A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social*. Recife: Imip, Ministério da Saúde, 2001. (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 1)

SANTOS, J. L. F.; LEVY, M. S. F. & SZMRECSÁNYI, T. (Orgs.) *Dinâmica da População: teoria, métodos e técnicas de análise*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

SAYD, J. D.; VIEIRA JR., L. & VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941-1992). *Physis – l Revista de Saúde Coletiva*, 8(2): 165-195, 1998.

SCHEFFLER, R. M. The relationship between medical education and the statewide *per capita* distribution of physicians. *Journal of Medical Education*, 46: 955-998, 1971.

SCHWARTZ, W. B. *et al*. *The Changing Geographic Distribution of Board-Certified Physicians: facts, theory and implications*. Santa Monica: The Rand Corporation, 1980.

SECRETARIA TÉCNICA. GRUPO EXECUTIVO INTERMINISTERIAL (ST/GEIN/PIASS). *Piass – o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, suas metas, sua programação e sua evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde)*. Brasília: ST/Gein/Piass, 1980.

SEIXAS, P. H. D. & STELLA, R. C. de R. Médicos e mercado de trabalho: experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002.

SILVA, L. A. S. R. da. A educação médica e a Reforma Sanitária. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 1986, Brasília. *Anais*... Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

SILVA, P. L. B. & COSTA, N. do R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002.

SILVA, S. F. da. *Municipalização da Saúde e Poder Local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SINGER, P. I. *Migrações Internas: considerações sobre seu estudo*. São Paulo: Brasiliense, Cebrap, 1972.

SOUZA, H. M. Reforma da Reforma. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, ano II, 4: 2-3, 2002.

SOUZA, H. M. & SAMPAIO, L. H. R. Atenção básica: política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002.

SOUZA, E. R. de. *et al*. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. de S; ASSIS, S. G. de. & SOUZA E. R. de. (Orgs.) *Avaliação por Triangulação de Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SZAFRAN, O.; CRUTCHER, R. A. & CHAYTORS, R. G. Location of family medicine gaduates' practices. *Canadian Family Physician*, 47: 2.279-2.285, 2001.

TEIXEIRA, C. F. de S. *Educação e Saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes das práticas de saúde no Brasil*, 1982. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (UNICAMP/NEPP). *Avaliação da Implementação do PAB*. Campinas, 2000. (Relatório Final de Pesquisa)

VANESLOW, N. A. Medical education and rural health crisis: a personal perspective from experiences in five states. *Academic Medicine*, 65, supl. 3: S27-S31, 1990.

VIANA, A. L. D. & DAL POZ, M. R. *Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família – Informe Final*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 166)

VIDAL, C. El desarrollo de recursos humanos en las Américas. *Educación Médica y Salud*, 18(1): 9-33, 1984.

VIEIRA, A. L. S. *et al*. (Orgs.) *Trabalhadores de Saúde em Números*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

VIEIRA, A. L. S. *et al.* Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: BARROS, A. F. do R. (Org.) *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2.

WATSON, C. J. The relationship between physician practice location and medical school area: an empirical model. *Social Science & Medicine*, 14D: 63-69, 1980.

WIBULPOLPRASERT, S. Inequitable distribution of doctors: can it be solved? *Human Resources Development Journal*, 3(1): 2-22, 1999.

WIBULPOLPRASERT, S. Integrated strategies to tacle inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experiences. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Publicado originalmente, no mesmo ano, em *Human Resources for Health*, v. 1, n. 12)

WILLIAMS, A. P. *et al*. How many miles to the doctor? *New England Journal of Medicine*, 309(16): 958-963, 1983.

YETT, D. E. & SLOAN, F. A. Migration patterns of recent medical school graduates. *Inquiry*, 11; 125-142, 1974.

ZURN, P. *et al*. *Imbalances in the Health Workforce*. Geneva: WHO, 2002. (Briefing Paper)